Nr 6 7 lutego 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr T. OSTROWSKI.
Dr W. BROSS. Lwów.

O rozstrzeniach oskrzeli.

Uwagi w sprawie jednoczasowej lobektomii.

Z Kliniki Chirurgicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr T. Ostrowski.

Wśród ropnych schorzeń płuc, rozstrzenie oskrzeli, opisane już właściwie przez Laënneca, wzbudzają w ostatnich czasach znowu bardzo duże zainteresowanie, a to dzięki temu, że z jednej strony udoskonalone metody rozpoznawcze (lipiodol, tomografia) pozwalają częściej odróżnić to schorzenie od gruźlicy i innych schorzeń płuc, z drugiej strony postępy techniczne, osiągnięte w dziedzinie nowoczesnej chirurgii płuc, otwierają nowe drogi dla ich leczenia. Toteż zrozumiałą staje się rzeczą, że rozstrzenie oskrzeli, w szczególności ich leczenie, wysunęły się na czoło zagadnień chirurgii płuc, stanowiąc jeden z głównych tematów obrad XLI Zjazdu chirurgów włoskich (1934) i ostatnio XLV Kongresu chirurgów francuskich (1936).

W poglądach na etiologię i patogenezę rozstrzeni oskrzeli panuje wielka rozbieżność zdań. Większa część autorów wyodrębnia zasadniczo dwie grupy, rozstrzenie oskrzeli nabyte i wrodzone.

W powstawaniu nabytych rozstrzeni główne znaczenie mają dwa czynniki: jeden z nich, to sprawy zakaźne, powodujące zniszczenie warstwy mięśniowo-chrząstkowej i osłabiające w ten sposób ścianę oskrzeli, drugi, to czynnik mechaniczny, który w postaci prężności powietrza atmosferycznego, jako siła, działająca od wewnątrz, rozszerza oskrzela mechanicznie podczas wdechu lub wydechu. W warunkach prawidłowych ściana oskrzeli jest dość silna i sprężysta, aby stawić opór ciśnieniu atmosferycznemu; oskrzela zaś mające ściany osłabione wskutek toczącej się w nich sprawy zapalnej *(endobronchitis)* stopniowo rozszerzają się (I. H. Erb).

Omodei-Zorini oraz Benedetti sądzą, że przewlekłe zapalenie, toczące się w oskrzelach i przechodzące kolejno na wszystkie warstwy, jest główną przyczyną tego schorzenia. Poważne znaczenie w nabytych rozstrzeniach mają więc choroby zakaźne, jak odra, krztusiec, odoskrzelowe zapalenie płuc, również sprawy ropne dodatkowych jam nosa (Brunn i Faulkner). Zmieniona łącznotkankowo i wskutek tego osłabiona ściana oskrzela może poddawać się również siłom odśrodkowym, działającym ze strony sprężystego miąższu płucnego, w znacznie zaś większym stopniu pociąganie odśrodkowe ściany oskrzeli powstaje w różnych sprawach chorobowych, powodujących marskość i zaciąganie się tkanki płucnej *(Schrumpfbronchiektasen* — Sauerbruch).

Na zwłóknienie płuc, jako czynnik etiologiczny w tym schorzeniu, zwrócił uwagę, jeden z pierwszych Corrigan i Rokitanski. Według badań doświadczalnych Sauerbrucha i Brunsa po podwiązaniu tętnicy płucnej wytwarza się marskość operowanego płuca, przy czym poprzedza ją, zdaniem Sauerbrucha, jedynie złuszczanie nabłonków pęcherzyków płucnych wskutek braku dostatecznego odżywienia.

Natomiast T. Ostrowski, po podwiązaniu w warunkach doświadczalnych tętnicy płucnej, stwierdził powstawanie w głębszych częściach płuca wylewów krwawych o charakterze zawałów krwotocznych, niekiedy z ogniskami martwiczymi; na podłożu tych zmian rozwijała się sprawa wytwórcza łącznotkankowa, wiodąca do zwłóknienia tkanki płucnej.

Po podwiązaniu tętnicy płucnej, w następstwie rozwijającej się marskości płuca, spostrzegano powstawanie rozstrzeni oskrzeli po upływie pewnego czasu (Sauerbruch, Kawamura, T. Ostrowski).

Fiorini na podstawie badań doświadczalnych dochodzi do wniosku, że działanie na oskrzela wyłącznie sił mechanicznych, przy braku czynników zmniejszających odporność ścian oskrzeli nie wystarcza dla wywołania rozstrzeni.

Nie wyjaśnione jest jeszcze znaczenie zrostów opłucnych, którym nie wszyscy autorowie przypisują znaczenie czynnika patogenetycznego w powstawaniu rozstrzeni oskrzeli. Wydaje się jednak prawdopodobnym, że zrosty opłucnowe, działające jako czynnik mechaniczny, przy osłabionych ścianach oskrzeli mogą wywołać rozstrzenie.

Wreszcie ważnym czynnikiem chorobotwórczym może być niedodma płuc, powstająca wskutek zamknięcia światła oskrzela przez ciała obce, które dostawszy się przypadkowo do dróg oddechowych, nie zostały z nich usunięte. Tak mieliśmy sposobność widzieć przypadek, w którym rozstrzenie oskrzeli rozwinęły się wskutek kilkuletniego (7 lat) zalegania spinki metalowej w oskrzelu dolnego płata prawego płuca.

Poza tym zwężenie oskrzela, wywołane przez blizny lub rozwijający się nowotwór, może wywołać również zastój wydzieliny i rozstrzenie oskrzeli poniżej miejsca zwężenia.

Ameuille i Lemoine wyrazili zapatrywanie, że zmiany powstające w nabytych rozstrzeniach oskrzeli są spowodowane zakrzepami tętnic oskrzelowych, odżywiających ściany oskrzeli i tkankę płucną; w następstwie tego powstaje zniszczenie układu mięśniowo-chrząstkowego oskrzeli.

Wyżej wspomniani autorowie oparli swoją hipotezę na spostrzeżeniach Kindberga i Dreyfusa-Sée oraz na badaniach własnych licznych przypadków rozstrzeni oskrzeli, w których zawsze stwierdzali zakrzepicę tętnic oskrzelowych; bezpośrednim dowodem słuszności tego poglądu byłyby, jak autorowie sami podnoszą, badania doświadczalne, w których wskutek podwiązania tętnic oskrzelowych udało by się wywołać rozstrzenie oskrzeli. Jakkolwiek takiego dowodu nie udało się dotychczas uzyskać z powodu trudności technicznych, to jednak pewnym oparciem dla tej hipotezy byłyby umiejscowienie, rozległość zmian i związek patogenetyczny rozstrzeni oskrzeli z kiłą, gruźlicą, a więc ze schorzeniami, w których przecież tak często właśnie spotykamy zmiany naczyniowe; poza tym badania przeprowadzone przez wyżej wspomnianych autorów na znacznej ilości preparatów płuc osób zdrowych, wykazały zawsze całkowitą drożność tętnic oskrzelowych. W rzadkich przypadkach po gwałtownych urazach klatki piersiowej, których następstwem jest zmiażdżenie głównego oskrzela, mogą powstać następowo rozszerzenia oskrzeli.

Według badań Sauerbrucha i jego szkoły (Lotzin), bardzo znaczny odsetek (80%) rozstrzeni oskrzeli wieku młodego, ograniczonych do jednego, i to najczęściej do lewego dolnego płata, ma być wrodzony. Sauerbruch twierdzi, że warunkiem powstania rozstrzeni oskrzeli jest wada rozwojowa płuc *(kongenitale Hemmungsbildungen)*, powstała wskutek mechanicznego ucisnięcia głównego lewego oskrzela we wczesnym okresie życia płodowego. Rössle, badając drobnowidowo płaty płuc (58 przypadków), usunięte z powodu rozstrzeni oskrzeli, nie znalazł nigdy nacieków zapalnych w otoczeniu rozszerzonych oskrzeli, dlatego uważa, że większość rozstrzeni oskrzeli powstaje na podłożu wrodzonym. Alessandri wypowiada się również za poglądem szkoły Sauerbrucha, uważając większą część rozstrzeni oskrzeli za schorzenie wrodzone; rozstrzenie nabyte, wywołane wtórnie działaniem innych przyczyn (ciało obce, blizna, nowotwór) oraz zmianami zapalnymi w płucach i opłucnej, są, jego zdaniem, o wiele rzadsze.

Wśród innych autorów tej samej grupy wymienić należy Kaufmanna, który widzi przyczynę rozstrzeni w niedorozwoju pęcherzyków płucnych, Balzer i Grandhomme uzależniają rozstrzenie oskrzeli od schorzenia kiłowego, przebytego w łonie matki. Za wrodzonym pochodzeniem tego schorzenia przemawiają również spostrzeżenia kliniczne Bohrera, który zauważył, że połowa chorych wykazuje początek schorzenia od czasów dzieciństwa.

Objawy kliniczne rozstrzeni oskrzeli są ogólnie znane. Na plan pierwszy wysuwa się silny kaszel z odkrztuszaniem obfitej ilości śluzowo-ropnej lub ropnej plwociny, często cuchnącej. Kaszel jest również wczesnym objawem tego schorzenia u dzieci, u których po przebyciu odry lub koklusza kaszel przedłuża się i jest często zwiastunem rozwijających się rozstrzeni oskrzeli.

Kaszel powstaje jednak u dzieci nie zawsze, natomiast u dorosłych jest on objawem stałym.

Wall i Hoyle zwracają uwagę na tzw. suche rozstrzenie oskrzeli. Ten typ rozstrzeni uchodzi często uwadze z powodu braku odkrztuszania, a rozpoznanie umożliwia dopiero wykonanie bronchografii; według wymienionych autorów, postać ta występuje o wiele częściej, niż się zazwyczaj przyjmuje.

U niektórych chorych zjawia się niekiedy krwioplucie. Zdaniem Tudora Edwardsa, krwioplucie występuje częściej w przebiegu rozstrzeni oskrzeli, aniżeli w przebiegu gruźlicy płuc. Znane są również gwałtowne krwotoki płuc, które niekiedy mogą się stać groźne dla życia. Kümmel i Sauerbruch spostrzegali kilka przypadków zejścia śmiertelnego wskutek krwotoku płucnego. Dość często powstają charakterystyczne zmiany palców rąk, niekiedy i nóg, w postaci pałeczkowatego zgrubienia ich końców *(ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique*, Pierre Marie).

Rozstrzenie oskrzeli przebiegają zwykle bez gorączki: pojawiające się od czasu do czasu zwyżki ciepłoty nie dają jednolitego typu krzywej gorączkowej. Fletcher odróżnia dwa typy gorączki, pierwszy, polegający na nieregularnych zwyżkach, zależy od okresowego zaostrzania się nieżytu w oskrzelikach, drugi typ charakteryzuje się wysoką gorączką i spowodowany jest prawdopodobnie powstaniem ognisk odoskrzelowego zapalenia płuc.

W ogólnym przebiegu rozstrzeni oskrzeli niektórzy autorowie wyróżniają pewne charakterystyczne postacie. Archibald dzieli chorych na trzy grupy; do grupy pierwszej należą przypadki z objawami przewlekłego, nieżytowego zapalenia dróg oddechowych, w których bronchografia wykazuje obecność cylindrycznych rozstrzeni. W obrazie radiologicznym nie stwierdza się ognisk przewlekłego zapalenia miąższu płucnego ani ropni. Chorzy nie gorączkują, głównym objawem chorobowym jest kaszel, powstający napadowo raz lub dwa razy w ciągu doby z odpluwaniem dużej ilości śluzowej lub śluzowo-ropnej plwociny.

Do drugiej grupy zalicza autor przypadki pośrednie, w których rentgenologicznie można wykazać cylindryczne, wrzecionowate, a nawet workowate rozstrzenie oskrzeli, jednak nigdy nie stwierdza się ropni płuc. U tych chorych powstają często napady kaszlu z odpluwaniem dużych ilości, niekiedy cuchnącej plwociny przy braku objawów septycznych.

Trzecia grupa obejmuje przypadki z objawami posocznicy; powstają tu często zwyżki ciepłoty z dreszczami, duszność i napady kaszlu z odpluwaniem obfitej ilości cuchnącej plwociny. Na zwykłych radiogramach widoczne są ogniska przewlekłego zapalenia płuc; bronchografia wykazuje cylindryczne, wrzecionowate lub workowate rozstrzenie oskrzeli, często nawet obecność małych lub dużych ropni płuc.

Podział ten jest ważny z tego względu, że wybór zabiegu operacyjnego zależy od przynależności chorego do jednej z powyższych grup. Wycięcie płata wskazane jest, zdaniem Archibalda, jedynie w przypadkach, należących do drugiej grupy. Śmiertelność w trzeciej grupie jest bardzo wysoka, lecz niekiedy wykonanie zabiegu w tych przypadkach usprawiedliwia zupełna bezskuteczność leczenia zachowawczego.

Na całokształt obrazu klinicznego rozstrzeni oskrzeli składają się również objawy, wywołane wystąpieniem powikłań.

Dość często powstający ropniak opłucnej, wywołany jest przejściem sprawy zapalnej z miąższu płucnego na opłucną lub też niekiedy przebiciem ropnia do jamy opłucnowej.

Pod wpływem długotrwałego ropienia spostrzega się często skrobiowate zwyrodnienie narządów oraz wtórną niedokrwistość (Brugsch).

Najgroźniejszym zaś powikłaniem jest wystąpienie ropnia mózgu, który powstaje przeważnie na drodze przerzutowej i wiedzie nieuchronnie do śmierci. Powikłanie to powstaje stosunkowo często.

J. Blake spostrzegał 15 przypadków ropni mózgu i móżdżku na ogólną liczbę 105 przypadków rozstrzeni oskrzeli.

Rozpoznanie rozstrzeni oskrzeli jest nieraz trudne, stąd też często bywają one leczone jako zwykły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa lub inne schorzenie płuc. Najcharakterystyczniejszym objawem jest kaszel, zwłaszcza występujący napadowo z odkrztuszaniem ropnej plwociny, której ilość waha się od kilkudziesięciu cm^3 do jednego litra na dobę. Badanie drobnowidowe plwociny ułatwia wykluczenie gruźlicy, promienicy i ropnia płuc.

Zmiany stwierdzone przedmiotowym badaniem są mało charakterystyczne, najczęściej stwierdza się objawy nieżytu oskrzeli, ograniczonego do podstawy płuca.

Wszystkie wymienione objawy kliniczne nie pozwalają jednak na pewne rozpoznanie tego schorzenia, stąd też trudności, jakie zachodziły w rozpoznaniu rozstrzeni oskrzeli przed opracowaniem nowoczesnych sposobów klinicznego badania były niejednokrotnie ogromne (West, Osler). Bardzo często, dopiero badanie pośmiertne umożliwiało właściwe rozpoznanie. Wielka zasługa Sicarda i Forestiera polega na zastosowaniu lipiodolu dla uwidocznienia drzewa oskrzelowego. Dzięki dalszym badaniom Leroux'a, Sergenta i Cottenot'a i innych, dooskrzelowe wprowadzanie lipiodolu jest obecnie jednym z nieodzownych badań, pozwalających nie tylko na pewne rozpoznanie, lecz także na określenie usadowienia się i rozległości sprawy chorobowej, co dla wyboru odpowiedniego postępowania leczniczego ma wpływ rozstrzygający.

Doniosłe znaczenie w różnicowym rozpoznaniu rozstrzeni oskrzeli ma również bronchoskopia, która, umożliwiając bezpośrednie oglądanie błony śluzowej oskrzela, ułatwia wykluczenie innych schorzeń, jak przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawicę oskrzelową i ropień płuc.

Najnowszą zdobyczą na polu radiodiagnostyki schorzeń płuc jest uwidocznienie drzewa oskrzelowego bez użycia środka kontrastowego przy pomocy stratigrafii (Vallebone) i tomografii (Grossmann i Chaoul). Mimo, że tomografia przez warstwowe przedstawienie miąższu płucnego pozwala na stosunkowo ścisłe określenie rozległości zmian chorobowych w obrębie oskrzeli i tkanki płucnej (rozstrzenie, jamy gruźlicze), to jednak wydaje się, że bronchografia przy użyciu środków kontrastowych pozostanie nadal podstawowym sposobem rozpoznawczym rozstrzeni oskrzeli.

W leczeniu rozstrzeni oskrzeli należy odróżnić sposoby zachowawcze i operacyjne.

Do niedawna stosowano wyłącznie leczenie zachowawcze, nie osiągając jednakże dodatnich wyników. Jednym z pierwszych sposobów było stosowanie leków bakteriobójczych, bądź to drogą żylną (salwarsan, alkohol, *natr. jodatum)*, bądź też przez wziewanie (tymol, kreozot).

Główną troską było zapobieganie gromadzeniu się w oskrzelach ropnej wydzieliny; dla ułatwienia jej odpływu polecano już dawniej odpowiednie pochyłe ułożenie chorego (położenie Quinkego). Obecnie umieszczenie chorego na przeciąg kilkunastu godzin w ciągu doby w specjalnie zbudowanym łóżku (Singer, Nelson) jest w okresie przedoperacyjnym jednym z ważnych, przygotowawczych sposobów, zmniejszających wybitnie ilość wydzieliny.

W zachowawczym leczeniu spraw ropnych płuc ważne miejsce zajmuje leczenie wewnątrzoskrzelowe, zapoczątkowane przez Nowotnego, Herynga i innych, polegające na bezpośrednim wprowadzeniu dooskrzelowym leków bakteriobójczych. Zdaniem Chrapka, po dooskrzelowym wprowadzeniu środków bakteriobójczych w ropnych schorzeniach płuc następuje bezpośrednie dłużej trwające zetknięcie się tych leków z zakażoną błoną śluzową oskrzeli, co łatwiej, aniżeli na drodze żylnej, może przyczynić się do zniszczenia drobnoustrojów.

W przypadkach rozstrzeni oskrzeli szerokie zastosowanie ma wprowadzanie dooskrzelowe środków bakteriobójczych, jak lipiodolu i gomenolu. Ochsner osiągał po kilkakrotnym stosowaniu dooskrzelowym lipiodolu bardzo znaczną poprawę kliniczną. Autorowie francuscy (Rist, Bernard i L. Soulas, i inni) polecają w leczeniu spraw ropnych płuc, a także w rozstrzeniach oskrzeli, częste usuwanie wydzieliny drogą bronchoskopii *(bronchoscopothérapie)*. Pietrantoni stosuje również w rozstrzeniach oskrzeli bronchoskopoterapię, łącząc ją w przypadkach przewlekłych z przemywaniem oskrzeli środkami bakteriobójczymi.

Wszystkie sposoby zachowawcze nie wiodą jednak do zupełnego wyleczenia, powinno się je stosować jedynie jako akt przygotowawczy do właściwego leczenia operacyjnego. W przypadkach zaś nie nadających się z powodu ciężkiego stanu ogólnego do zabiegu operacyjnego, powyższe sposoby przynoszą choremu znaczną ulgę.

Leczenie chirurgiczne rozporządza różnymi metodami operacyjnymi, z których jedne są zachowawcze, inne doszczętne.

Leczeniem operacyjnym, bardziej zachowawczym, jest przede wszystkim leczenie zapadowo-uciskowe.

Tillmann i inni spostrzegali poprawę kliniczną po założeniu odmy opłucnowej. Graham i Singer tłumaczą dodatnie działanie odmy zwiększonym odpływem plwociny wskutek przesunięcia schorzałego płata i bardziej poziomego ułożenia oskrzeli. Natomiast Brauer nigdy nie widział dodatniego wyniku po stosowaniu odmy. Nissen sądzi, że odma nie powoduje dostatecznego uciśnięcia oskrzeli; przy małym ciśnieniu odmowym zapadają się jedynie pęcherzyki płucne, przy silniejszym zaś ciśnieniu nie osiąga się również pożądanego wyniku wskutek przesunięcia się śródpiersia. Nadto należy zwrócić uwagę na to, że

po założeniu odmy spostrzegano niekiedy ropniaki opłucnej wskutek przebicia obwodowo usadowionych ropnych jam rozstrzeniowych.

Boggendörfer, Chauffard, Rist i inni uzyskali w niektórych przypadkach przez wyrwanie nerwu przeponowego kliniczne wyleczenie. Natomiast w klinice Sauerbrucha wyrwanie nerwu przeponowego przy równoczesnym nawet zastosowaniu odmy nie dało pomyślnych wyników.

Stosowano również torakoplastykę (Hedblom, Zaaijer). Jednakże tak znaczne uciśnięcie płuca, jakie uzyskuje się po tym zabiegu, nie powoduje zapadnięcia się jam rozstrzeniowych mających twarde i niepodatne ściany. Sauerbruch w ostatnich latach zupełnie odstąpił od wykonywania torakoplastyki w przypadkach rozstrzeni oskrzeli, gdyż, jego zdaniem, trzeba wykonać bardzo rozległe wycięcie żeber, jednak następowe utrudnienie odkrztuszania jest poważną przeszkodą uzyskania pomyślnych wyników.

Z innych sposobów uciskowych, zdaniem Sauerbrucha, jedynie skutecznym może być założenie plomby parafinowej, którą uważa w przypadkach rozstrzeni oskrzeli u dzieci za metodę najlepszą; do uciśnięcia schorzałego płata wystarcza w tych przypadkach 300—400 cm³ parafiny. Nissen poleca powyższe postępowanie również u dorosłych w przypadkach obustronnych rozstrzeni, przy czym dobry wynik leczniczy osiąga się wtedy, jeśli odpowiedniej wielkości (800—1000 cm³) plomba parafinowa znajduje się we właściwym miejscu. Polecaną przez Sauerbrucha stałą plombę parafinową w leczeniu rozstrzeni oskrzeli uważa Zaaijer z powodu możliwości wystąpienia późnych powikłań za niebezpieczną.

Wymienione zabiegi uciskowo-zapadowe, aczkolwiek stosowane do niedawna jeszcze przez wielu chirurgów, również w klinice naszej, zawiodły w zupełności pokładane w nich nadzieje, stąd też jasną stało się rzeczą, że na tej drodze nie osiągnie się zupełnego wyleczenia, które możliwe jest jedynie wtedy, gdy usunie się schorzałą część płuca (lobektomia).

Wielu chirurgów nie odrzuca zasadniczo zabiegów uciskowych, uważając je jednakże za akty wstępne przed wycięciem schorzałego płata.

Najszersze zastosowanie ma przedoperacyjna odma opłucnowa (Shenstone, Archibald, Ivanissovitch, Overhold, Tudor Edwards). Coryllos jest zwolennikiem stopniowej lobektomii *(graded lobectomy)* i stosuje kolejno szereg zabiegów wstępnych, do których zalicza założenie odmy, wyrwanie nerwu przeponowego, torakoplastykę, wreszcie podwiązanie odpowiedniej gałęzi tętnicy płucnej. Zaletą odmy przygotowawczej, którą zakłada 4 tygodnie przed zabiegiem, jest, zdaniem Coryllosa, zapadnięcie się tkanki płucnej ze zmniejszeniem zalegania treści ropnej w oskrzelach, zwiększone zastępcze przekrwienie i przewietrzanie zdrowego płuca, a nadto powolne przystosowanie serca do zmienionego ciśnienia wewnątrzopłucnowego.

Przeciwnikiem stosowania odmy przedoperacyjnej jest Roberts, który we własnych przypadkach jednoczasowej lobektomii przekonał się, że zgrubienie opłucnej po długotrwałej odmie nie pozwala na rozwinięcie się pozostałego płata płucnego.

Z bardziej radykalnych zabiegów należy wymienić pneumotomię, która, jako najstarsza metoda operacyjna, stanowiła poważny postęp w leczeniu rozstrzeni oskrzeli. Zabieg ten jest jeszcze dziś wykonywany w przypadkach rozstrzeni oskrzeli, powikłanych wielkimi ropniami.

Również kauteryzację schorzałego płuca sposobem Grahama *(cautery pneumectomy)* obecnie rzadziej się stosuje i to jedynie w przypadkach, w których z powodu silnych zrostów i złego ogólnego stanu chorego usunięcie płata jest niemożliwe. Zdaniem Alessandriego, w przypadkach rozpaczliwych, powikłanych licznymi ropniami, a nawet zgorzelą, wykonana w ten sposób stopniowa pneumektomia, może niekiedy wieść do wyleczenia.

Jedynym celowym leczeniem rozstrzeni oskrzeli jest wycięcie schorzałego płata płucnego (lobektomia). Właściwe udoskonalenie techniki, zarówno w jednym, jak i w kilkuczasowym postępowaniu zastosowano dopiero w ostatnich czasach.

Historyczne początki lobektomii sięgają właściwie już XV i XVII stulecia. W roku 1499 Rolandus, zawezwany do obywatela miasta Bolonii, u którego przez ranę kłutą klatki piersiowej wydostała się na zewnątrz część płuca, na prośbę chorego i jego otoczenia, odciął, mimo sprzeciwu wszystkich chirurgów tegoż miasta wypadniętą część płuca i chory wyzdrowiał. Następnie Tulpius w roku 1674 postąpił podobnie, odcinając po podwiązaniu wypadniętą przez ranę klatki piersiowej część płuca. Chory, który musiał odbyć dla dokonania zabiegu dwudniową podróż do Amsterdamu, został wyleczony. Od roku 1880 datuje się początek prac doświadczalnych nad lobektomią i pneumektomią (Gluck, Bloch i Schmidt, Biondi); początkowe wyniki tych zabiegów u zwierząt były jednakże, wskutek nieznajomości zasad aseptyki bardzo niepomyślne; również zaopatrzenie kikuta (podwiązanie *„en masse"*) okazało się niewystarczalnym, stąd też wysoka śmiertelność pooperacyjna u zwierząt była spowodowana przede wszystkim zakażeniem jamy opłucnej. W celu ulepszenia techniki operacyjnej, przede wszystkim zaś metod zaopatrywania kikuta, dalszych doświadczeń dokonali Murphy, Tiegel, Robinson, Halsted, W. Mayer, Sauerbruch, Møllgard i Rowsing, Schlesinger, Garrè, Kawamura i inni. Wynikiem tych doniosłych prac doświadczalnych było ściślejsze przestrzeganie zasad aseptyki w chirurgii płuc u ludzi, stosowanie uśpienia pod ciśnieniem dodatnim oraz wprowadzenie nowych sposobów zaopatrywania kikuta, bądź to przez użycie uciskadła lub elastycznej podwiązki (Robinson, Sauerbruch) lub wpuklenie oskrzela sposobem W. Mayera; ostatnia metoda okazała się w warunkach doświadczalnych najbardziej korzystną.

Z polskich chirurgów Kijewski już w roku 1901 ogłosił obszerną pracę o doświadczalnej pneumektomii. Wiele spostrzeżeń autora, dotyczących wpływu tego zabiegu na cały ustrój oraz pozostawione płuco, uderza swoją trafnością i znajduje potwierdzenie w nowszych badaniach.

Usunięcie schorzałego płata płucnego starano się początkowo dokonać jednoczasowo. Wysoki jednak odsetek śmiertelności (Liljenthal 64.3%, Sauerbruch 100%) spowodowany wadliwą techniką, powikłaniami pooperacyjnymi (odma śródpiersia, zakażenie śródpiersia i jamy opłucnowej itp.) a także być może, doborem wyłącznie ciężkich przypadków, zmusiły pionierów jednoczasowej lobektomii do postępowania wieloczasowego, które miało przede wszystkim na celu zabezpieczenie opłucnej przed zakażeniem.

Liljenthal, podobnie jak J. Alexander, starali się zapobiec zakażeniu całej jamy opłucnowej przez wywołanie zrostów opłucnych w obrębie zdrowego płata, po czym dopiero na drugim posiedzeniu usuwali schorzały płat. Powstanie zrostów uzyskiwali wspomniani autorowie przez ścieranie powierzchni opłucnej suchą gazą. W tym samym celu poleca Archibald pędzlowanie opłucnej nalewką jodową, Robinson tamponowanie jamy opłucnowej gazą jodoformową, a ostatnio Bethune poleca wdmuchiwanie pod kontrolą torakoskopu jałowego talku do jamy opłucnej. Natomiast Sauerbruch stara się wywołać zrosty w obrębie schorzałego płata, stosując przed wycięciem płata szereg zabiegów wstępnych, jak pozaopłucnową plombę parafinową lub wewnątrzopłucnową tamponadę, zwłaszcza okolicy wnęki. Po wytworzeniu się zrostów i oddzieleniu w ten sposób schorzałego płata od reszty jamy opłucnowej zakłada naokoło wnęki elastyczną podwiązkę gumową, w następstwie czego płat samoistnie oddziela się w ciągu kilkunastu dni. Powyższe postępowanie zmniejszyło bardzo znacznie śmiertelność pooperacyjną (10%).

Harrington, Hedblom i Coryllos dla wywołania zrostów i zarośnięcia jamy opłucnej wykonują torakoplastykę przed lobektomią. Dla uniknięcia niebezpieczeństwa, z jakim związane jest wewnątrzopłucnowe wykonywanie zabiegu polecał Garrè, a za nim Whittemore wyłonienie płuca na zewnątrz klatki piersiowej *(exteriorisation)*, przy czym zabieg ten ułatwia poprzednio wykonana torakoplastyka.

Zasadnicza zmiana w poglądach na niebezpieczeństwo jednoczasowej lobektomii nastąpiła w roku 1929, kiedy to Brunn, wykonując lobektomię jednoczasowo, stwierdził, że przez wczesne rozwinięcie się pozostawionego zdrowego płata, uzyskuje się wypełnienie jamy opłucnej; szybkie zarośnięcie jamy opłucnej uniemożliwia gromadzenie się wysięku i zapobiega szerzeniu się zakażenia jamy opłucnej. Łatwe rozwinięcie się pozostałego płata uzyskiwał Brunn przez szczelne zamknięcie klatki piersiowej i wywołanie ujemnego ciśnienia w jamie opłucnej odpowiednim drenażem.

Od tej chwili zaczyna się właściwy rozwój jednoczasowej lobektomii, a idea Brunna staje się bodźcem do dalszych prac dotyczących udoskonalenia techniki, przy czym największe zasługi na tym polu położyli Shenstone i Janes (1932) z Toronto, którzy, jako pierwsi, polecili bezpieczny sposób zaopatrywania kikuta. Również angielscy chirurdzy Roberts i Nelson (1933) opierali się na powyższych założeniach, zmieniając jednak nieco technikę lobektomii i wprowadzając nowe narzędzia. Autorowie ci w postępowaniu przedoperacyjnym nie zakładają odmy, gdyż ma ona liczne wady, o których była mowa powyżej, a bardzo często z powodu zrostów nie daje się w ogóle zastosować; również nie wykonują oni wyrwania nerwu przeponowego, po którym następuje długotrwałe usztywnienie przepony. Prawidłowa czynność przepony ułatwia w znacznej mierze roz-

winięcie się zdrowego płata płuc oraz sprzyja wytworzeniu się prawidłowych warunków oddechowych mimo braku jednego płata płucnego. Stopniowe otwieranie klatki piersiowej i powolne wpuszczanie powietrza zapobiega groźnym następstwom nagłej odmy, jak przesunięciu się śródpiersia i migotaniu śródpiersia, zmniejszając w ten sposób wybitnie wstrząs operacyjny.

Uwzględniając wszystkie zalety jednoczasowej lobektomii należy określić ten zabieg jako najbardziej celowy, gdyż osiąga się za pomocą niego dokładne wycięcie schorzałego płata, małe zniekształcenie klatki piersiowej oraz w znacznym odsetku przypadków zupełne wyleczenie w stosunkowo krótkim czasie.

Dzięki tym udoskonaleniom techniki nowoczesna chirurgia płuc święci w Ameryce i Anglii tryumfy, a śmiertelność pooperacyjna, która do niedawna po jednoczasowym zabiegu wahała się od 50—70%, obniżyła się bardzo znacznie i wynosi, według statystyk Shenstone'a i Janesa 19%, Tudora, Edwardsa i Price Thomasa 14%.

We Francji R. Monod jest również zwolennikiem jednoczasowej lobektomii, chociaż stosuje ją w ostatnich czasach z pewną modyfikacją. Na pierwszym posiedzeniu uwalnia schorzały płat od zrostów i oddziela go od reszty jamy opłucnej gazą. Ponieważ w następstwie pierwszego zabiegu nie powstają zrosty w obrębie płata zdrowego, podczas wycięcia płata na drugim posiedzeniu są warunki podobne, jak w jednoczasowym postępowaniu *(lobectomie en plèvre libre en deux temps)*.

W Niemczech niektórzy autorowie skłaniają się ostatnio także do jednoczasowego postępowania; i tak Kirschner (1935) donosi o dodatnim wyniku, osiągniętym po jednoczasowym usunięciu płata płuc w przypadku rozstrzeni oskrzeli.

Dok. nast.

Prof. Dr J. KOSTRZEWSKI. Kraków.
Dr M. BILEK.

O zbawiennym wpływie szczątkowej postaci choroby posurowiczej.

Z Oddziału Zakaźnego Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przed kilku laty jeden z piszących (1, 2), omawiając przedmiot, którym się mamy zająć, oparł się tylko na własnych spostrzeżeniach i na zdaniu Bergmanna. Nieświadom stanu rzeczy, nie uwzględnił tych od czasu do czasu tu i ówdzie spotykanych głosów, dotyczących korzystnego wpływu choroby posurowiczej na cierpienie zasadnicze. Rzecz ta jest ogółowi bardzo mało znana. Dlatego zanim przystąpimy do właściwego przedmiotu, więc tego ujętego treścią nagłówka, podamy kilka danych z piśmiennictwa.

Macera (3) podaje, że nastąpiło wyleczenie z nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u dwuletniego dziecka po wystąpieniu choroby posurowiczej.

Mader (4) widział w ciągu 11 miesięcy 2 przypadki wyzdrowienia małych dzieci z nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Dzieci te miały chorobę posurowiczą. Z wystąpieniem wysypki wiąże Mader dobre zejście choroby.

Landau i Jochweds (5) opisują przypadek ciężkiego schorzenia grypowego dróg oddechowych, w którym w braku poprawy po stosowanych początkowo środkach wstrzyknięto 40 cm³ surowicy przeciwpaciorkowcowej. Wystąpiło częściowe polepszenie, a wraz z wystąpieniem choroby posurowiczej objawy schorzenia zasadniczego znów się nasiliły. Jednocześnie z ustąpieniem objawów choroby posurowiczej minęło szybko cierpienie podstawowe.

Schittenhelm (6) w podręczniku chorób wewnętrznych Bergman i Stachelin podaje, że odniósł wrażenie o dobrym wpływie choroby posurowiczej w leczeniu czerwonki, grypy i nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Podobne spostrzeżenia poczynili, jak podaje Mader (4) i Schittenhelm (6) Arlonig, Duflurt i Langerong.

Look (7) opisuje 5 przypadków błonicy, w których po wstrzyknięciu surowicy dożylnie przychodziło do wstrząsu. Były to postacie jadzicowej błonicy. Skończyły się pomyślnie bez powikłań, które zwykły w takich przypadkach się pojawiać. Autor dochodzi do wniosku, że przypadki błonicy po dożylnym stosowaniu surowicy zdaje się wtedy szczególnie łagodnie przebiegają, gdy występują objawy wstrząsu białkowego.

Kokotek (8) zabierając głos w Towarzystwie Lekarskim w Łodzi wyraża pogląd, że wpływ choroby posurowiczej na schorzenie zasadnicze jest dodatni.

Jochweds i Steinberg (9) pisząc o wpływie normalnej surowicy końskiej oraz choroby posurowiczej na przebieg duru brzusznego podają, że spośród 13 przypadków w 4 choroba posurowicza nie wpłynęła na przebieg choroby, natomiast w 9 wraz z ustępowaniem choroby posurowiczej cofał się i dur brzuszny.

Freud (10) pisze o wystąpieniu choroby posurowiczej u dziecka 2½-letniego. Przyszło nie tylko do wyleczenia błonicy, ale napady dychawicy oskrzelowej, które dotychczas co 2 tygodnie się powtarzały, znikły.

Wymienieni autorowie poza Bergmannem, o którym w doniesieniu pierwszym była mowa, ograniczają się li tylko do przedmiotowego przedstawienia zjawiska, jakim bywa korzystny wpływ choroby posurowiczej na cierpienie zasadnicze. Inaczej czyni Bergmann, który z rozmysłu dąży do wywołania choroby posurowiczej w celach leczniczych. Ktokolwiek czyta lub słyszy o wywoływaniu choroby posurowiczej, odruchowo doznaje pewnych wątpliwości czy zastrzeżeń: jak można takim nieobliczalnym sposobem postępowania posługiwać się w leczeniu chorych?

Wątpliwości te i zastrzeżenia są uzasadnione, skoro się uwzględni, że choroba posurowicza bywa nieraz ciężkim schorzeniem, a czasem nawet prowadzi do śmierci. Toteż mało kto odważy się na tak śmiałe, bo aż nazbyt śmiałe postępowanie, jakim się kieruje Bergmann i jego uczniowie, a za nimi Fornet (11), chociaż by to byli chorzy na *colitis ulcerosa gravis*.

Otóż jeden z nas pisząc o przedmiocie omawianym zwrócił uwagę na podstawie w czasie dłuższym poczynionych spostrzeżeń, że (tu przede wszystkim chodzi o chorych na błonicę) korzystny wpływ w dotychczasowym przebiegu choroby następuje często już po takim słabym odczynie ustroju, jaki się spotyka po wstrzyknięciu dawki odczulającej u osób, które kiedyś dawniej miały wstrzykniętą surowicę. Opierając się na tych danych podał tenże wtedy jako upragniony sposób postępowania, wywoływanie poronnej postaci choroby posurowiczej, to znaczy odczynu w miejscu wstrzyknięcia, albo niewysokiego wzniesienia ciepłoty. Dokładnie podanego w swoim czasie sposobu postępowania nie będziemy przytaczali choćby dlatego, że będzie on jasnym przy opisaniu następujących przykładów.

G. St., lat 10. Przed pięciu laty przebyła błonicę i wówczas wstrzyknięto jej surowicę przeciwbłoniczą. Zgłasza się w piątym dniu choroby z grubymi nalotami na migdałkach, silnie powiększonych i zasłaniających języczek. Wstrzyknięto podskórnie 1 cm³ surowicy czczej, tzn. surowicy konia nieuodpornionego. Po 30 minutach zjawił się odczyn miejscowy w postaci zaczerwienienia a potem bąbla. Następnego dnia migdałki znacznie mniejsze i znacznie oczyszczone, odsłoniły języczek, pokryty błoniczym nalotem. W trzecim dniu pobytu chorej w szpitalu są na języczku i migdałkach tylko ślady nalotów. Również odczyn miejscowy posurowiczy w tym dniu ustąpił. Następnego dnia powróciło zaczerwienienie i bąbel w miejscu wstrzyknięcia. Migdałki i języczek były już wówczas zupełnie oczyszczone. Dalszy przebieg choroby odbył się bez powikłań. Odczyn miejscowy utrzymywał się przez 6 dni.

K. G., lat 25. Przed 19 laty dokonano u niej z powodu błonicy dwukrotnego wstrzyknięcia surowicy przeciwbłoniczej. Przybyła w czwartym dniu choroby. Migdałki pokryte były grubym skórzastym nalotem. Wstrzyknięto wieczorem 1 cm³ surowicy czczej podskórnie. Po 30 minutach wystąpił odczyn miejscowy w postaci zaczerwienienia i bąbla. Następnego dnia rano lewy migdałek oczyścił się zupełnie, a prawy częściowo. Wieczorem drugi migdałek też w znacznej części był oczyszczony. Chora czuła się znacznie lepiej. Odczyn miejscowy utrzymywał się jeszcze. Po 36 godzinach od wstrzyknięcia 1 cm³ surowicy czczej migdałki prawie całkowicie oczyściły się, chora czuła się dobrze. W ósmym dniu choroby naloty zniknęły doszczętnie. Odczyn miejscowy w tym dniu był najsilniejszy i następnego dnia ustąpił. Dalsze zdrowienie przebiegało bez powikłań.

B. J., lat 9. Zgłosiła się z powodu gorączki, bólów gardła i bolesności gruczołów szyjnych. Lewy migdałek pokrywał gruby skórzasty nalot szaro-żółty, wielkości 2 groszy, silnie trzymający się podłoża. Na migdałku prawym widziało się 2 punktowate naloty żółto-białawe, mocno trzymające się podłoża. Chora przed 7 miesiącami przebyła błonicę i była leczona surowicą przeciwbłoniczą. Wstrzyknięto zaraz po przyjęciu wieczorem 1 cm³ surowicy czczej podskórnie. Wystąpił po 30 minutach odczyn miejscowy w postaci zaczerwienienia przez 30 minut silnie zaznaczonego, potem zaś znacznie bledszego. Rano następnego dnia odczyn miejscowy był wyraźniejszy, równocześnie nalot dawał się już oddzielić w dolnej części od migdałka silnie zaczerwienionego. Wieczorem, zatem po 24 godzinach od wstrzyknięcia odczulającej dawki, odczyn miejscowy słaby, w postaci małego bąbla. Naloty znacznie cieńsze. Stan ogólny znacznie lepszy. Dziecko jadło swobodnie. Po 36 godzinach od wstrzyknięcia dawki odczulającej, odczyn miejscowy utrzymywał się je-

szcze, a naloty ledwie były widoczne. Ciepłota prawidłowa. W dalszym przebiegu zdrowienia wystąpiło zaburzenie w postaci zapalenia mieszkowego migdałków, trwającego 6 dni. Odczyn miejscowy po wstrzyknięciu surowicy w ilości 1 cm³ utrzymywał się mniej lub więcej wyraźny przez 6 dni. Objawów ogólnych choroby posurowiczej nie było.

B. K., lat 3½. Przed 3 laty z powodu podejrzenia o błonicę wstrzyknięto surowicę przeciwbłoniczą. Obecnie w drugim dniu choroby oba migdałki pokryte szaro-żółtymi nalotami, gorączka 39°, dziecko od 24 godzin nie połyka nawet płynnych pokarmów. W moczu białka ślad, aceton obecny. Wstrzyknięto ½ cm³ surowicy czczej podskórnie. W 30 minut po wstrzyknięciu wystąpił odczyn miejscowy w postaci zaczerwienienia, który utrzymywał się około godziny. W 12 godzin później po nocy dziecko jest znacznie swobodniejsze, pije i je. Naloty jednak nie ustąpiły, wobec czego wstrzyknięto jeszcze 1 cm³ surowicy czczej podskórnie. Wystąpił silniejszy niż poprzednio odczyn miejscowy. Ponieważ jednak w 24 godziny od pierwszego wstrzyknięcia naloty się jeszcze utrzymywały, wstrzyknięto znów 1 cm³ surowicy czczej podskórnie. Tym razem wystąpił odczyn miejscowy, obejmujący nie tylko miejsce ostatniego wstrzyknięcia lecz i miejsca wstrzyknięć poprzednich. W 24 godziny od ostatniego wstrzyknięcia naloty ustąpiły, ciepłota opadła. Już po ustąpieniu nalotów błoniczych w drugim dniu zdrowienia wystąpiła choroba posurowicza, na którą się złożyła gorączka, pokrzywka, oraz bóle stawowe.

Nie tylko jednak na zmiany miejscowe, więc znikanie nalotów, lecz także i na objawy późniejsze, pobłonicze, może wywrzeć wpływ pomyślny szczątkowa postać choroby posurowiczej. Oto przykłady:

S. J., lat 9. Otrzymała w 4 dniu choroby z powodu błonicy gardzieli i nosa 10.000 J. O. W siódmym dniu choroby zmiany na migdałkach ustąpiły, wyciek z nosa znacznie się zmniejszył, lecz utrzymywało się owrzodzenie na łuku podniebiennym, pokryte cienkim już tylko nalotem, które pozostało aż do 11 dnia choroby. Mowa od początku nieco nosowa, stawała się powoli coraz mniej wyraźną, w końcu, w 24 dni od początku choroby, ujawniły się zaburzenia w miarowości pracy serca, wątroba powiększyła się i wystawała na 4 palce spod łuku żebrowego. W 36 dniu choroby wykonane powtórnie badanie elektrokardiograficzne wykrywa zmiany w mięśniu sercowym (zmiany w T). W 4 dni później, gdy ze strony serca nie było poprawy, wstrzyknięto 1 cm³ surowicy czczej podskórnie. Po 5 godzinach stwierdza się odczyn miejscowy w postaci zaczerwienienia, wielkości dłoni dziecka. Objawy ze strony serca nie uległy zmianie. Odczyn miejscowy utrzymał się jeszcze nazajutrz. W następnym dniu odczynu miejscowego nie było, równocześnie znikła niemiarowość tętna. Stan dziecka stale się poprawiał. Ustąpiły również i zmiany wyrażające się w elektrokardiogramie. W 56 dniu opuściła oddział w dobrym stanie.

S. G., lat 6. Przed 2 laty wstrzyknięto chorej surowicę przeciwbłoniczą. Przybyła w 9 dniu choroby, z bledniącą wysypką płoniczą oraz ze zmianami błoniczymi na migdałkach. Ponieważ w ciągu pierwszych 4 dni naloty nie ustępowały, na co czekano, obiecując sobie, że zejdą bez uciekania się do powtórnego wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej, zatem w 5 dniu pobytu w szpitalu wstrzyknięto 1 cm³ surowicy czczej podskórnie. Następnego dnia nie stwierdzono odczynu miejscowego, natomiast po 24 godzinach od chwili wstrzyknięcia zauważono drobną, podobną do odrowej, wysypkę na kończynach. Bąbel i odczyn miejscowy zjawiły się dopiero po 48 godzinach od chwili wstrzyknięcia. W tym czasie stan dziecka przedstawiał się bardzo groźnie, nie ze względu na zmiany miejscowe, lecz ze względu na objawy ze strony narządu krążenia, mianowicie słabo napięte i wypełnione tętno, głuche tony serca, bladość, wpadnięte oczy, ból w okolicy wątroby, nudności, obecność w moczu białka. W 9 dni po wstrzyknięciu surowicy czczej w ilości 1 cm³ naloty zupełnie ustąpiły, podobnie cofnęły się objawy ze strony narządu krążenia i dziecko opuściło oddział w stanie zupełnego zdrowia.

A więc: aby spowodować korzystny zwrot w przebiegu błonicy nie potrzeba się uciekać do wywołania choroby posurowiczej w całej jej okazałości, wystarcza do otrzymania pożądanego skutku jej postać szczątkowa.

Streszczając nasz pogląd (znany już z doniesienia pierwszego w tym przedmiocie) na zajmujące nas zjawisko, powiemy: w następstwie wstrzyknięcia do ustroju białka obcogatunkowego, przychodzi do nagromadzenia się mniejszego lub większego zapasu energii. Wyładowanie się tej energii bądź samoistne, bądź na skutek naszego przyczynienia się wpływa nieraz bardzo korzystnie na przebieg choroby, w czasie której przyszło do niego. Korzystnym bywa to wyładowanie nie tylko wtedy, kiedy przybiera postać burzliwą i jest całkowite. Jeśli chodzi o błonicę, wystarcza nawet nikłe, ułamkowe.

Dzisiaj, kiedy tak często spotykamy się z chorymi na błonicę, leczonymi kiedyś już dawniej surowicą, pożyteczną jest rzeczą pamiętać o zbawiennym wpływie szczątkowej postaci choroby posurowiczej.

Piśmiennictwo:

1) Kostrzewski: P. G. L. Nr 46. 1933. — 2) Kostrzewski: P. G. L. Nr 4. 1936. — 3) Macera: Zentr. f. die g. Kinderheilkunde. LXVIII. 1925. — 4) Mader: D. M. W. Nr 45. 1928. — 5) Landau i Jochweds: W. Czas. Lek. Nr 38. 1929. — 6) Schittenhelm w Handbuch der in. Medizin Bergmann und Stachelin Bd. I. 1934. — 7) Look: Klinischer Beitrag zur Theorie der Diphtherieserumwirkurg. Charlottenburg, 1934. — 8) Kokotek: P. G. L. Nr 41. 1935. — 9) Jochweds i Steinberg: P. G. L. Nr 36. 1936. — 10) Freud: W. kl. W. Nr 2. 1935. — 11) Fornet: Kl. W. Nr 52. 1935. — 12) Bessau w Handbuch der Kinderheilkunde: Pfaundler und Schlossmann II. Aufl. 1931.

Dr S. HRYNKIEWICZ. Choroszcz.

Objawy po nakłuciu lędźwiowym w świetle dynamiki płynu mózgowo-rdzeniowego [1]).

Z Wojewódzkiego Białostockiego Szpitala dla nerwowo i psychicznie chorych w Choroszczy.
Dyrektor: Dr St. Deresz.

Coraz częściej spotyka się potrzebę badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Badamy płyn nie tylko podejrzewając kiłę układu nerwowego albo inne organiczne schorzenie ośrodkowego układu nerwowego, ale również celem wykluczenia możliwości schorzenia. Często stosujemy badania kontrolne czy to w celach diagnostycznych czy też sprawdzając wpływ leczenia.

Zabieg ten staje się przeto coraz częstszy, jeśli nawet pominiemy strony lecznicze tego zabiegu.

Istotną *trudnością* częstszego stosowania nakłucia, są powikłania po zabiegu, ponieważ daje on szereg objawów wyrażających się: *bólami głowy, nudnościami, wymiotami, sztywnością karku, szumem w uszach, osłabieniem słuchu, bólami w miejscu wkłucia igły, czasami bólami opasującymi, bólami promieniującymi do kończyn dolnych.* Wyjątkowo obserwuje się zaburzenia *w oddawaniu moczu.* Stopień nasilenia tych objawów bywa różny, zależnie od wrażliwości ogólnej, zależnie od sprawy chorobowej, jak również od jej charakteru.

Objawy chorobowe spotyka się w 10—30%, a nawet do 50%, inni natomiast twierdzą, że przy zachowaniu pewnych środków ostrożności można tych nieprzyjemnych powikłań uniknąć zupełnie.

Objawy wyżej wymienione można by podzielić na dwie grupy: *ogólne i miejscowe.* Objawy *miejscowe* są następstwem uszkodzenia tkanek przy wprowadzaniu igły, uszkodzenia korzonków przez uraz mechaniczny lub krwotok do korzonka. *Do ogólnych* następstw po nakłuciu poza bólami głowy, nudnościami, wymiotami, sztywnością karku itd. zaliczają również *porażenia nerwu* okoruchowego lub odwodzącego, aczkolwiek niezupełnie słusznie, gdyż zależy ono, jak można wnosić z badań sekcyjnych, przeważnie od krwotoków w obrębie jąder wspomnianych nerwów albo powstaje dzięki rozszerzeniu się zasadniczej sprawy chorobowej. Z doświadczenia codziennego wiemy, że nakłucie u osobnika z płynem mózgowo-rdzeniowym normalnym, bez objawów klinicznych, wywoła przeważnie ciężkie dolegliwości podmiotowe. Jako przeciwstawienie tego rodzaju chorych, poza oczywiście przypadkami z ostrym zapaleniem opon mózgowych, gdzie nakłucie usuwa przykre stany podmiotowe, widzimy u chorych z objawami klinicznymi kiły układu nerwowego poprawę stanu nerwowego. Tutaj już nieraz w kilka godzin po nakłuciu chorzy mogą się podnosić, pracować bez obawy jakichkolwiek następstw, podczas kiedy tamci są zmuszeni do kilkudniowego zachowania pozycji leżącej.

Procesy uciskowe w jamie czaszkowej zachowują się po nakłuciu bardzo różnie. Niejednokrotnie nakłucie usuwa poprzednio istniejące bóle głowy na czas dłuższy lub krótszy i to niezależnie od tego, czy płyn jest zmieniony czy normalny. Kiedy indziej znowu po nakłuciu mogą wystąpić niezwykle silne obja-

---

[1]) Referat wygłoszony na posiedzeniu naukowym Polskiego Zrzeszenia Lekarzy Województwa Białostockiego, które odbyło się w Choroszczy dnia 20. X. 1935 roku.

wy. To zachowanie się po nakłuciu przy sprawach uciskowych ma prawdopodobnie inny charakter i zależy od innych spraw niż w zachowaniu się u ludzi zdrowych lub w przypadkach kiły czy *sclerosis multiplex*. Dużo bowiem zależy przy guzach od czynników *mechanicznych*, a mianowicie przesunięć, ucisku itd., czyli czynników, pozostających poza obrębem czynności płynu i opon.

Za słusznością takiego stanowiska przemawia różny przebieg stanów po nakłuciu lędźwiowym i podpotylicznym. Przy tym ostatnim sposobie pobierania płynu nie mamy zwykle przykrych objawów w przypadkach normalnych, natomiast chorzy ze sprawą uciskową, oddziaływują jednakowo na nakłucie lędźwiowe czy podpotyliczne.

Od dawna próbowano wyjaśnić powstawanie tych odczynów po nakłuciach.

Pod względem klinicznym, jak wspomniałem, należy odróżnić dwa rozmaite stany: z jednej strony chorych z zapaleniem ostrym i przewlekłym opon, z drugiej strony chorych z płynem normalnym.

Ze względu na bardzo różny skład płynu w zapaleniach opon i w przypadkach normalnych nasuwa się myśl, że *zmiany w oponach* decydują o takich czy innych następstwach zabiegu. I rzeczywiście spotykamy się u różnych autorów z pojęciem *bariery ochronnej*, jako czynnika decydującego o mechanizmie następstw nakłucia.

Chodziło by więc o zmienioną *przepuszczalność* tej bariery. Jeśli przepuszczalność jest wzmożona, to równowaga prędzej się ustala; w przypadkach z normalną przepuszczalnością zaburzenia równowagi trwałyby dłużej i warunkowałyby utrzymywanie się objawów. W rzeczy samej wiemy, że chorzy na kiłę bardzo dobrze znoszą nakłucie, jednocześnie widzimy tam zazwyczaj wzmożoną przepuszczalność opon.

Jednakże pewne stany kliniczne nie tłumaczą się samymi zmianami przepuszczalności tej bariery. W niektórych postaciach schizofrenii i oligofrenii mamy w zasadzie obniżoną przepuszczalność, co nawet zdaniem wielu badaczy tłumaczy patogenezę tych schorzeń, a mimo tego obniżenia przepuszczalności nie widzimy, aby ci chorzy gorzej znosili nakłucie, niż ludzie, powiedzmy, z normalnymi cyframi przepuszczalności, tak, że nie ma w zasadzie żadnej różnicy pomiędzy schizofrenikami i zdrowymi.

Drugim faktem zmuszającym do zastanowienia się jest zachowanie się przypadków z *hydrocephalus*, gdzie nakłucie albo przynosi ulgę albo w każdym razie nie wywołuje po sobie wyraźniejszych następstw. I właśnie w *hydrocephalus* przepuszczalność nie jest zmieniona, aczkolwiek może być zmienione *krążenie i wchłanianie płynu*. Czyli że w zaburzeniach przepuszczalności nie możemy znaleźć wytłumaczenia interesującego nas zjawiska.

Bardzo dużą rolę odgrywają właściwości *konstytucyjne*. Wiemy, że psychopatyczni osobnicy źle znoszą nakłucie. Jednak tabetyk z psychopatią nie ma po nakłuciu objawów. A więc i konstytucja nie stanowi o wszystkim.

Być może posiada tu znaczenie swoista *„wprawa"* splotu w produkowaniu większej ilości płynu przy istniejących sprawach chorobowych w oponach, a więc i w splocie, przy schorzeniach np. kiłowych ośrodkowego układu nerwowego.

Pewnym potwierdzeniem takiego rozumienia mogłoby być dodatnie oddziaływanie wstrzykiwań wzmagających wydzielanie płynu. Niewątpliwie po atropinie np. objawy po nakłuciu są o wiele słabsze.

Walter chciałby zaburzenia po zabiegu przypisać bliznom w miejscu zabiegu. Pomijając różne inne zastrzeżenia, które by można mieć wobec takiego tłumaczenia, wskażę na tę okoliczność, że przecież blizny tak szybko nie powstają, aby mogły wywołać objawy kliniczne już po upływie kilku czy kilkunastu godzin.

Siccard, Gennerich, Baruch uważają objawy po nakłuciu za skutek *obniżenia* ilości płynu w worku oponowym. To obniżenie ilości płynu musimy tłumaczyć nie tyle ilością pobranego płynu ile raczej utratą jego dzięki wypływaniu przez kanał powstały przy nakłuciu. Na poparcie stanowiska Siccarda można by przytoczyć szereg faktów, jak ten, że miejsce wkłucia igły zarasta dopiero po upływie 10—12 dni tak, że gazik zamykający otwór może przez ten czas być wilgotny, a sąsiadujące tkanki bywają nieraz wyraźnie obrzękłe.

Bumgart pozornie słusznie zwraca uwagę, że przecież przy zabiegach na mózgu i rdzeniu traci się znacznie więcej płynu, a mimo to wspomnianych objawów nie widzi się wówczas zupełnie. Hosemann chciałby przypisać wszystko obniżeniu ciśnienia dzięki samemu pobraniu płynu. Zdaniem jego przemawia za tym trudność uzyskania płynu w takich wypadkach (po pierwszym nakłuciu).

Bez wchodzenia w bliższe szczegóły musimy takie rozumowanie odrzucić. Za teorią *„Stichkanaldrainage"* przemawia dobry wpływ na objawy kliniczne po nakłuciu wlewania roztworu fizjologicznego lub zastrzyków atropiny.

Szereg autorów chciałoby widzieć w objawach klinicznych następstwo *nadmiernego wydzielania* płynu. Zdaniem Pappenheima należy tu przyjąć skutki miejscowego podrażnienia opon.

Rost przyjmuje miejscowe *przekrwienie* opon i przypuszczalne *krwotoki*.

Quincke natomiast wyraża przypuszczenie, że chodzi tu o zmiany *zapalne* w oponach i powołuje się na fakt, że w przypadkach z normalnym płynem przy powtarzaniu nakłucia można stwierdzić obecność białka oraz zwiększoną ilość ciałek.

Podobnie wypowiada się Nissl (na podstawie samoobserwacji), Schönfeld i Weinberg. Natomiast Nonne, Plaut, Gennerich, Eskuchen i Hauptmann nie zauważyli zmian w zawartości białka przy powtarzanych nakłuciach. Kafka zaś twierdzi, że zmiany po nakłuciu dopiero wówczas się rozwijają, jeśli przy zabiegu dostanie się do worka oponowego krew, resztki naskórka, powietrze lub jakieś inne zanieczyszczenie. W takich przypadkach przychodzi do zapalnego odczynu ze zwiększeniem białka i odpowiednimi objawami klinicznymi. Temu należało by przypisać podawaną przez Hahna zwiększoną przepuszczalność opon, jako następstwo nakłucia.

Weigeldt nie widział żadnych zmian przy powtarzaniu zabiegu nawet kilkakrotnym. Kafka przyjmuje, że nowy płyn bywa ubeższy pod względem zawartości składników. To było by tylko dowodem, że w warunkach normalnych, miejscem powstawania płynu jest splot naczyniasty, skąd płyn trafia później do worka oponowego.

Zdaniem przeto większości badaczy nie ma wzmożenia ilości białka w następstwie zabiegu.

Nawiasowo dodam, że powyższe badania dotyczą płynu ludzkiego.

Jeśli chodzi o płyn zwierzęcy, to Franceschetti i Pflimlin nie obserwowali u królików przy wielokrotnych nakłuciach zmian pod względem zawartości białka, co mogłem potwierdzić w swoich badaniach nie tylko co do białka, ale co do *wszystkich* innych odczynów w płynie króliczym.

Anatomiczną stroną zagadnienia zajmował się szczegółowo Ossipow już w 1901 r. i stwierdził *u psów* po nakłuciach długotrwałe przekrwienie w oponach, substancji nerwowej mózgu i rdzeniu. Na przekrojach w tkance nerwowej widział wybroczyny zarówno w białej, jak i szarej substancji. Komórki nerwowe i włókna nerwowe ulegały zmianom. Zmiany w komórkach i włóknach tłumaczył Ossipow nie tyle krwotokami, ile raczej zaburzeniami w krążeniu i niedożywieniem tkanki nerwowej.

Aby zrozumieć objawy kliniczne po nakłuciach, należy najpierw uprzytomnić sobie kilka faktów. Jak wiemy nakłucie *podpotyliczne* (co stanowi jego właśnie dodatnią stronę), nie daje takich następstw, jak lędźwiowe pobranie płynu.

Poza tym podkreślić należy podobieństwo stanów po nakłuciach lędźwiowych do okresu po wprowadzeniu dolędźwiowym powietrza przy encefalografii (po nakłuciu nie ma podwyższenia ciepłoty) z jednej strony a wodogłowia przy guzach jamy czaszkowej, dającego w płynie zespół tzw. *congestion meningee* z drugiej strony. Objawy te są charakteru *ogólnego*, nie mogą więc być wytłumaczone tylko miejscowym odczynem na obecność obcego ciała w postaci wylewu krwawego do worka oponowego. Badanie kontrolne płynu po poprzedzającym nakłuciu nie stwierdza zmian właściwych dla krwotoku.

Jako dalszy fakt należy podnieść różne zachowanie się okresu po nakłuciu zależnie od stosowanej *techniki*. Tutaj między innymi posiada ogromne znaczenie igła użyta do nakłucia. Wielokrotnie można stwierdzić, że chorzy, którzy źle znosili nakłucie wykonane grubymi sztywnymi igłami o dużej średnicy, bez kurków umożliwiających powolne odpuszczenie płynu, nie odczuwali zmian po nakłuciu igłami cienkimi z kurkiem pozwalającym na wypuszczanie płynu po kropli, prawie niezależnie od ciśnienia panującego w worku oponowym.

Godne uwagi są doniesienia pod tym względem Antoni'ego, Wechselmanna, Hoffmann-Konrada, Rahwels-Loewensteina oraz najświeższe Dattnera, którzy używając skonstruowanych przez Antoni'ego igieł (w różnych indywidualnych modyfikacjach) uważają, że można z powodzeniem wykonywać nakłucie lędźwiowe nawet ambulatoryjnie tak, że większość chorych natychmiast po zabiegu wraca do swoich normalnych zajęć.

Przy zastosowaniu igły Antoni'ego, która się składa właściwie z dwóch igieł, wkłuwa się grubszą igłę do opony twardej, którą się przebija cieniutką igiełką, wchodzącą w pierwszą jako mandren.

Płyn oczywiście w takich warunkach wypływa kropelkami, gdyż średnica drugiej igły wynosi zaledwie 0,4 mm.

Dattner, używając takiej igły podaje, że na 340 chorych: u 106 osób z *normalnym* płynem było 6 tj. 6% ciężkiego *meningismus*, 10 przypadków *meningismus* i 18 z lekkim *meningismus*, pozostali nie mieli żadnych objawów. Mianem „lekki *meningismus*" Dattner obejmuje te przypadki, gdzie bóle głowy trwają parę godzin; „*meningismus*" — jeśli objawy trwają parę dni i wreszcie „ciężki *meningismus*" utrzymujący się dłużej.

Do dalszych faktów klinicznych, na które chciałbym jeszcze zwrócić uwagę, należy zachowanie się *dzieci*, które trudno zatrzymać po nakłuciu w łóżku, z powodu braku następstw po zabiegu.

Dalej przypomnę *lecznicze* stosowanie nakłuć lędźwiowych w zapaleniach opon oraz w wypadku guzów w jamie czaszkowej.

Poprawa podmiotowa, ustąpienie nieraz na czas dłuższy dolegliwości, mówi o tym, że nie chodziło o kilka czy nawet kilkanaście cm^3 płynu pobranego przy nakłuciu, tylko o wypuszczenie go w większej ilości. Pobranie bowiem w takiej samej ilości na drodze podpotylicznej nie przynosi tak znacznej ulgi chorym. Gdyby rzeczywiście chodziło tylko o kilkanaście cm^3 to ubytek ten zostałby szybko uzupełniony przez wytworzenie nowego płynu.

Należało by w tym miejscu podnieść interesujące zjawisko, wspomniane wyżej, że przy utracie płynu na obraz kliniczny objawów następowych wpływa też wybitnie *sposób*, w jaki nastąpiła ta utrata. Przy zabiegach operacyjnych na czaszce a nawet na kręgosłupie z odsłonięciem opon objawy ogólne są częstokroć daleko lżejsze, niż po nakłuciu lędźwiowym. Musi coś usprawiedliwiać takie zjawisko.

I tutaj niewątpliwie wydaje się słuszne rozumowanie Seppa, który uważa, że równoważnym bodźcem dla opon wywołującym ból jest ucisk, podobnie jak na skórze zniszczenie aparatu odbiorczego.

Wreszcie ostatni fakt kliniczny, mianowicie różny wynik leczniczy stosowanych wstrzykiwań soli w razie *meningismus* po nakłuciu. Czasami doskonale wpływa roztwór fizjologiczny, kiedy indziej zaś roztwór hipertoniczny.

Przy takim zestawieniu wyników nasuwa się kilka *wniosków*. Odczyn po nakłuciu będzie objawem *ogólnym*, w którym biorą udział opony w obrębie jamy czaszkowej i kanału kręgowego. Objawy te nie są następstwem sprawy zapalnej w oponach, tylko pewnym *zaburzeniem równowagi płynu*. Mogło by tutaj chodzić o *nadciśnienie* płynu (swoisty zespół *congestion meningée*) w związku z nadprodukcją płynu albo o *obniżenie zawartości* płynu w przestrzeni podpajęczynówkowej, dzięki jego wypływaniu przez kanał, wytworzony przez igłę w czasie nakłucia. Może oczywiście chodzić o taką czy inną kombinację tych obu stanów. Teoretycznie istnieje jeszcze jedna możliwość, mianowicie następstwa ogólnego wstrząsu.

Tę ostatnią możliwość możemy odrzucić. Warunki bowiem do powstania takiego wstrząsu istnieją i przy nakłuciu podpotylicznym, a objawów jego przy tym ostatnim zabiegu nie widuje się — jak wiemy — wcale.

Zaburzenie równowagi płynu może polegać na dyskoordynacji między wydzielaniem płynu a jego wchłanianiem.

Nadprodukcja płynu może być *następstwem:* a) wzmożonego wydzielania płynu w splocie naczyniowym, b) wzmożonej czynności komórek pajęczynówki.

Obniżenie wchłaniania może być wywołane zaciśnięciem dróg odprowadzających płyn przez rozrost włókien łącznotkankowych, przez zwężenie czynnościowe naczyń, bądź też dzięki ich zwężeniu w związku z naciekami dookoła naczyń. Czynnościowe stany spastyczne żył mogą niewątpliwie odgrywać tutaj dużą rolę.

Mogłaby zachodzić i taka sytuacja, że płynu za mało się wydziela a wchłanianie jest normalne albo i wzmożone.

Są to wszystko możliwości oczywiście teoretyczne. Dokładnie dzisiaj powiedzieć nie możemy jeszcze, jak szybko w warunkach normalnych płyn jest wchłaniany. Mesterazat mówi, że płyn odnawia się 6 razy w ciągu doby a Gennerich że raz w ciągu dwóch tygodni. Jakkolwiek i drogi chłonienia nie są dzisiaj jeszcze całkowicie znane, to nie stanowi przeszkody w toku naszego rozumowania. Bo czy odpływ płynu odbywa się jak chce Weigeldt i większość autorów przez kosmki pajęczynówki (przestrzenie Virhof-Robina) czy też płyn jest wchłaniany, jak chce tego Sepp, przez całą powierzchnię mózgowia i w przestrzeniach dookoła nerwów jest dla nas zupełnie rzeczą obojętną.

Ostatecznie musimy przyjąć następujący *mechanizm* powstawania zaburzeń po nakłuciach lędźwiowych. Po wypuszczeniu pewnej ilości płynu splot naczyniowy zostaje pobudzony do szybszego wydzielania celem utrzymania normalnych stosunków dynamiczno- i statyczno-hydraulicznych. Samo pobranie płynu, zwłaszcza nieznacznej jego ilości, nie narusza równowagi potrzebnej do dobrego samopoczucia. Przy nakłuciu powstaje jednak otwór w oponie twardej i pajęczynówce. Pod wpływem wahań samoistnych ciśnienia krwi, a jeszcze bardziej dzięki wahaniom ciśnienia w jamie brzusznej i jamie klatki piersiowej, przy zmianie pozycji ciała, czy też dzięki skurczom przepony, przychodzi do wydostawania się płynu poza obręb worka pajęczynówkowego. W ten sposób zostaje usunięta, niekwestionowana dzisiaj przez nikogo, specjalna rola płynu mózgowo-rdzeniowego, a mianowicie rola *wyściółki wodnej*.

Przez wydobywanie się płynu zostaje zmniejszona grubość warstwy ochronnej w przestrzeni podpajęczynówkowej w obrębie jamy czaszkowej. Zakończenia nerwowe w oponach przychodzą w bezpośrednią styczność z twardymi powłokami kostnymi, zostają dzięki temu podrażnione i chory zaczyna się skarżyć na bóle głowy i inne dolegliwości.

To bliższe zetknięcie się zakończeń nerwowych w oponach musi się odbywać nie na małym odcinku, ale *na większej przestrzeni.*

Przypadki zrostów opony twardej z kością, z jednej strony a z oponami miękkimi z drugiej strony — nie koniecznie dają bóle głowy, jeśli te zrosty nie dotyczą większych przestrzeni. Ten warunek zetknięcia się na większej przestrzeni zostaje osiągnięty dzięki oddziaływaniu naczyń na pobranie płynu.

Jama czaszkowa, jako układ zamknięty i nie znoszący próżni, reguluje stałe wypełnienie całkowitej pojemności swojej przez grę naczyń oraz przez wahania w zawartości płynu mózgowo-rdzeniowego. Można by przyjąć taki schemat, że tkanka nerwowa jest czymś stałym w tym układzie, przeto zwiększenie ilości płynu musi prowadzić do obniżenia zawartości krwi w naczyniach jamy czaszkowej. Stosunek ten oczywiście można by odwrócić.

Przez utratę płynu przez kanał wkłucia naczynia żylne oddziaływują w pierwszej chwili rozszerzeniem na grożącą „pustkę", co działa „przysysająco" na włośniczki i prowadzi w dalszym ciągu w pierwszej chwili do przyśpieszenia krwiobiegu w jamie czaszkowej, a więc do zwiększenia amplitudy pulsacyjnej mózgu pod wpływem tętnienia naczyń.

To samo już przy braku wyściółki wodnej może spowodować oddziaływanie bólowe. W każdym razie krew wypełnia ubytki w jamie czaszkowej i stwarza się znowu pewien układ stosunków *mózg-opony-kość*, ale ten układ jest niezmiernie wrażliwy na różne czynniki, jak ruchy, wahania się ciśnienia krwi itd., i to prowadzi do bólów głowy.

Czy nudności i wymioty można tłumaczyć jako wyraz ogólny wzmożonego ucisku śródczaszkowego, czy też chodziło by tu o zaburzenia krążenia perylimfy w błędnikach — trudno z pewnością odpowiedzieć. W każdym razie bezpośredni udział błędnika jest tu wysoce prawdopodobny.

Jak wiemy układ perylimfatyczny jest jednym z najsłabszych miejsc pod względem odgraniczenia płynu od świata zewnętrznego. Ten układ jest nawet poniekąd bezpośrednim przedłużeniem worka podpajęczynówkowego. Oczywiście utrata płynu może wywołać tam zaburzenia, wyrażające się mdłościami i wymiotami.

Potwierdzeniem do pewnego stopnia tego przypuszczenia byłby fakt często obserwowany po nakłuciu, a mianowicie — nadwrażliwość błędnika. Babiński opierając się na tej obserwacji, proponuje lecznicze nakłucia przy niektórych zawrotach pochodzenia błędnikowego. Dodatni wynik tego zabiegu w takich wypadkach wskazuje nam na bliską łączność płynu mózgowo-rdzeniowego i perylimfy, nie tłumacząc bliżej wzajemnych stosunków między tymi układami.

Można by mieć pomimo wyżej przytoczonych faktów wątpliwość, czy jedynie i wyłącznie *ubytek płynu* gra rolę w powstawaniu objawów po nakłuciu. Czy nie należało by się tutaj liczyć z udziałem *nadprodukcji* płynu dzięki powstałemu chwilowo zaburzeniu równowagi statyczno-hydraulicznej? Za taką możliwością przemawiałyby między innymi bóle głowy z dodatkowymi objawami przy zespole *meningitis serosa* w postaci *hydrocephalus*, gdzie przecież należy się liczyć z nadmierną obecnością płynu a nie jego brakiem.

Otóż w gruncie rzeczy mechanizm objawów, wymieniony wyżej, a powstający dzięki zmienionym warunkom hydro-statycznym i hydrodynamicznym w jamie czaszki, usprawiedliwiałby drugą koncepcję. Bo jeśli przy takim nadmiernym nagromadzeniu płynu, a więc przy stanie analogicznym do *hydrocephalus externus* i *internus*, w mniejszych tylko rozmiarach, wyściółka wodna w przestrzeni podpajęczynówkowej jest nie tylko mniejsza, ale

raczej bardzo powiększona, to pomimo to może przyjść do *podrażnienia opon,* to znaczy do powstania ucisku i stąd do oddziaływania zakończeń czuciowych nerwów w postaci bólów.

A więc przy bólach głowy, jak i innych objawach w związku z nakłuciem nie chodziło by o samo tylko obniżenie lub wzmożenie ilości płynu, lecz o zaburzenie równowagi statycznej i dynamicznej w obrębie układu płynu. Wahania w jednym i drugim kierunku mogą się wyrażać prawie identycznie i odzyskanie równowagi prowadzi do ustąpienia objawów chorobowych.

Momenty czysto techniczne przy zabiegu odgrywają przy tym bardzo doniosłą rolę, a więc sposób wykonania zabiegu, szybkość odpuszczenia płynu, jakość igły itd.

Streszczenie.

1. Zespół objawów po nakłuciu lędźwiowym zależy od stopnia zaburzenia równowagi płynu, to znaczy stosunku między jego wydzielaniem a wchłanianiem.

2. Celem uniknięcia następstw po nakłuciu należy zachować cały szereg warunków, jak:

a) ostrożnie nakłuwać celem uniknięcia mechanicznego uszkodzenia opon,

b) stosować cienkie igły z kurkiem do powolnego wypuszczenia płynu,

c) najpowolniej wypuszczać płyn; ilość pobieranego płynu uzależniać od zachowania się ciśnienia, kontrolując często ciśnienie na manometrze, przerywając zabieg, jeśli spadek ciśnienia jest zbyt szybki,

c) nie wciągać płynu strzykawką,

d) po zabiegu stosować w razie potrzeby zastrzyki soli hipertoniczne, cukru gronowego lub atropiny. Ostatnio wzmiankują o dobrych wynikach podawania acetylcholiny,

e) układać chorego po zabiegu na brzuch z zachowaniem w dalszym ciągu pozycji leżącej przez kilka godzin,

f) przy podejrzeniu na guz tylnej jamy czaszkowej ostrożnie decydować się na zabieg i jeśli się ma odpowiednią technikę, wykonać nakłucie na drodze podpotylicznej.

Piśmiennictwo:

1) Aronowitsch: Z. f. d. g. N. u. Psych. 102. — 2) Ayala G.: Z. f. d. g. Neur. u. Psych. 98. — 3) J. Baló i E. Gál: Virchows Archiv 265. — 4) Braun R.: Dermatol. Wschr. 84. — 5) H. Claude: L'hypertension intracraniènne et les méningites séreuses. Questions neurologiques d'actualité. Masson 1922. — 6) Constantin L.: Inthernat. clin. 4. — 7) Dattner: Wiener Kl. Wschr. Nr 4. 1927. — 8) Denk: Wien. Kl. Wschr. Nr 42. 1927. — 9) Dreyfus u. Eicke, Hauptmann, Hoffmann, Mülzer: Dermatologische Wschr. II. 1930. — 10) Eskuchen: Die Lumbalpunktion. Berlin-Wien. 1912. — 11) Ehrenwald: Mediz. Klinik. II. 1929. — 12) Franceschetti, Pflimlin: Klin. Wschr. II. 1928. — 13) Grosz, Stransky: Wien. Klin. Wschr. J. 37. — 14) Hürtle: Handbuch d. norm. u. pathologisch. Physiol. B. X. — 15) Hahn: Mschr. Psych. 75, 30—44. — 16) Jüngling u. Peiper: Ventriculographie u. Myelographie. Leipzig 1926. — 17) Kafka: Der Zerebrospinalflüssigkeit. F. Deuticke 1930. — 18) Kafka: Serologische Methoden, Ergebnisse und Probleme in der Psychiatrie. Handbuch der Psychiatrie (Aschaffenburg). — 19) Kulcsar: Mschr. Psych. 88. — 20) Levy: Z. f. g. N. u. Ps. 102. — 21) Ossipow: Zeitschr. f. Nervenheilk. 19. — 22) Plaut u. Mülzer: Münch. Med. Wschr. 1921. — 23) Plaut, Mülzer, Neubürger: Münch. Med. Wschr. 1923. — 24) Plaut: Z. f. d. g. N. u. Ps. 65 i 66. — 25) Palcsó: Dtsch. Z. f. Nervenheilk. 109. — 26) Perkel i Tarsis: Acta derm. vener. 10. — 27) Röpke: Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 96. — 28) Riebeling: Z. f. d. g. N. u. Ps. 145. — 29) Santonastaso: Annale di oftalm. e clin. oculist. 52. — 30) Steiner: Pontine Herdläsion nach Lumbalpunktion. Nervenarzt 1931. — 31) Somogyi, Dahman: Zbl. Neur. 47. — 32) Schönfeld: Dtsch. Z. f. Nervenheilk. 46. — 33) Sepp: Die Dynamik d. Blutzirkulation im Gehirn. Berlin, 1928. — 34) Strecker: Z. f. d. g. N. u. Ps. 105. — 35) Trautmann: Dtsch. med. Wschr. 1930. — Tenże: Münch. med. Wschr. Nr 49. 73. — Tenże: Z. f. d. g. N. u. Ps. 107. — 36) Weigeldt: Studien zur Physiologie und Pathologie des Liquor Cerebrospinalis. Jena 1923. — 37) Wüllenweber: Deutsch. med. Wschr. 1932.

Dr Kazimierz CHOLEWIUS. Warszawa.
St. Asyst. Kliniki Dermatologicznej U. J. P.

Wartość lecznicza „Medobis" Chinoin.

Wprowadzony do lecznictwa bizmut w postaci zawiesiny lub soli złożonych zyskał sobie uznanie wśród syfilidologów i zajął poczesne miejsce wśród środków stosowanych w leczeniu kiły, ustępując tylko związkom arsenowym, a odsuwając na dalszy plan rtęć. Nic dziwnego, że w krótkim czasie powstała wielka ilość leków bizmutowych wzajemnie konkurujących ze sobą w lecznictwie kiły.

Od każdego leku przeciwkiłowego wymagamy, aby działał zabójczo na krętki, nie wywoływał zaburzeń ze strony narządów wewnętrznych, szybko usuwał objawy kliniczne kiły i nie wywoływał podmiotowych dolegliwości u chorego, był wygodny w użyciu i dawkowaniu.

Dlatego też badanie każdego nowego preparatu przeciwkiłowego powinno być dokonane na różnorodnym materiale chorych z wyraźnymi objawami kiły w różnych jej okresach. Jeżeli lek czyni zadość wyżej wspomnianym wymaganiom, możemy go uznać za preparat dobrze działający w leczeniu kiły.

Większość związków bizmutowych posiada wybitne działanie lecznicze zwłaszcza w kile wczesnej, gdzie obserwujemy dość szybkie znikanie krętków i wsysanie się nacieków; wpływ bizmutu na zmianę odczynów serologicznych we krwi na ujemne, niewątpliwie zachodzi, jednak bizmut działa w tym kierunku znacznie wolniej od związków arsenowych, wywiera przy tym działanie trwalsze.

Bizmut stosować można we wszystkich postaciach klinicznych kiły, bądź jako lek dopełniający działanie związków arsenowych, bądź jako lek wyłączny w przypadkach nieznoszenia przez chorego związków arsenowych lub wreszcie można go stosować na przemian, podając jedno leczenie tylko arsenobenzolowe, drugie zaś bizmutowe, są to tak zwane leczenia na przemian. Największą ilość zwolenników ma leczenie mieszane.

Sole bizmutowe — jako sole metali ciężkich wywołują u niektórych chorych zaburzenia w nerkach i wątrobie, zapalenie błony śluzowej dziąseł *(gingivitis bismuthica),* zapalenie rozlane skóry. Powikłania te poza powikłaniami nerkowymi są w ogóle rzadkie.

Preparaty bizmutowe stosowane w leczeniu kiły dzielą się zasadniczo na:

zawiesiny soli bizmutowych w lipoidach,
rozpuszczalne w lipoidach sole bizmutu,
rozpuszczalne w wodzie sole bizmutu.

Każdy z tych rodzajów związków posiada swe dodatnie i ujemne strony. Jeśli chodzi o zawiesiny soli bizmutu w lipoidach, to wadą ich jest trudność dawkowania nawet przy dokładnym zmieszaniu zawiesiny, gdyż osad szybko opada na dno flakonu, dodatnią natomiast cechą tych preparataów jest ich powolne wchłanianie się, dzięki czemu ustrój jest dłuższy czas pod wpływem leku, co oczywiście zwiększa wartość leczniczą preparatu.

Sole bizmutu rozpuszczalne w wodzie bardzo szybko się wchłaniają, ale i wydalanie bizmutu również następuje bardzo szybko. Stosowanie soli bizmutu rozpuszczalnych w wodzie jest bolesne, gdyż trudno w tych związkach otrzymać roztwory izotoniczne, są one najbardziej szkodliwe dla nerek.

Obecnie fabryki wypuszczają na rynek najwięcej preparatów bizmutu rozpuszczalnego w lipoidach, który w ostatnich czasach zyskał licznych zwolenników i z którym związane są większe nadzieje syfilidologów.

Przyjęta dawka bizmutu wynosi 0,05—0,075 g bizmutu metalicznego dla osobnika dorosłego na jedno wstrzyknięcie. W roztworach wodnych podaje się dawki nieco niższe, gdyż wchłania nie odbywa się znacznie szybciej. Według Levaditi'ego wyższe dawki stosuje się w zawiesinach tłuszczowych.

Firmy, wypuszczające preparaty bizmutowe na rynek starają się, aby zawartość jego w 1 cm³ była równa mniej więcej dawce wyżej wspomnianej. Jednak mamy cały szereg preparatów o znacznie niższym procencie bizmutu.

W Klinice Dermatologicznej U. J. Piłsudskiego w Warszawie przeprowadziliśmy badania własności leczniczych preparatu bizmutowego „Medobis", wyprodukowanego przez firmę Chinoin-Ujpest.

„Medobis" jest jasno żółtym, rzadkim, dobrym do wstrzykiwania płynem, przechodzącym łatwo przez igły, o zawartości 0,09 metalicznego bizmutu w 1 cm³. Jest to stężenie bardzo duże.

Leczenie preparatem „Medobis" staraliśmy się przeprowadzić we wszystkich okresach kiły, o ile tylko na to pozwalał nasz materiał.

W kile pierwszego okresu stwierdziliśmy dość szybkie znikanie krętków z surowicy nacieku pierwotnego — czas ten wynosił około 6 dni, a chorzy w tym czasie otrzymywali 2 wstrzyknięcia „Medobis" po 0,5 cm^3. Naciek pierwotny wsysał się po 4—7 wstrzykiwaniach.

Odczyny ujemne u tych chorych pozostały nadal ujemnymi.

W kile objawowej drugiego okresu, gdzie przeprowadziliśmy badania dziesięciu chorych, osutka ustępowała dość szybko. W jednym tylko przypadku pomimo 10 wstrzykiwań po 0,5 cm^3 „Medobis" osutka nie ustępowała i dopiero po zastosowaniu nowarsenobenzolu szybko się cofnęła.

Odczyn Wassermanna po przeprowadzonym leczeniu tylko preparatem „Medobis" zniknął całkowicie w jednym przypadku, w innych zmienił nasilenie (5 przypadków), w części pozostał bez zmian (4 przypadki).

U 6 chorych z kiłą drugiego okresu zastosowaliśmy leczenie mieszane nowarsenobenzolem firmy Spiess i preparatem „Medobis", podając 1 raz tygodniowo nowarsenobenzol w dawkach wzrastających oraz „Medobis" 2 razy tygodniowo po 0,5 cm^3 czyli po 0,045 g metalicznego bizmutu.

U wszystkich tych chorych obserwowaliśmy szybkie ustępowanie osutki kiłowej i zmianę odczynów serologicznych dodatnich na ujemne. Przeciętny czas znikania osutki wynosił 2 tygodnie.

Poza tym zastosowaliśmy leczenie preparatem „Medobis" u chorego z kiłą trzeciego okresu surowiczo dodatnią.

Chory ten miał kilka wrzodziejących kilaków goleni. Pod wpływem leczenia nastąpiło powolne zabliźnienie owrzodzeń, chory pod koniec leczenia otrzymał również nowarsenobenzol (0,3 × 2). Odczyn Wassermanna u tego chorego pozostał bez zmiany.

Spośród powikłań leczenia bizmutowego widzieliśmy u 3 chorych białko i wałeczki w moczu, które to objawy wystąpiły po 10—14 wstrzyknięciu preparatu „Medobis" — po zaprzestaniu wstrzykiwań bizmutu białkomocz i elementy komórkowe cofnęły się.

Tak częste zapalenie dziąseł w naszych obserwacjach miało miejsce tylko raz jeden i to u chorego dość niehigienicznie utrzymującego jamę ustną.

Powikłań w miejscu wstrzyknięcia preparatu ani żadnych dolegliwości przy lub po wstrzyknięciu nie obserwowaliśmy.

Reasumując nasze obserwacje przeprowadzone na materiale klinicznym i ambulatoryjnym dochodzimy do wniosku, że „Medobis" Chinoin jest preparatem bizmutowym o wysokiej zawartości procentowej bizmutu, wskutek czego może być wprowadzany w dawkach małych co nie jest rzeczą obojętną dla chorego; że „Medobis" jest dobrze znoszony przez organizm chorego, dając mało powikłań; że powoduje szybkie znikanie objawów chorobowych, słabo wpływając na zmianę odczynu serologicznego; że „Medobis" jest dobrym środkiem przeciwkiłowym tak sam przez się, jak i w połączeniu z nowarsenobenzolem.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr Bronisław KURZEJA, lekarz powiatowy. Lwów.
Maria KULCZYŃSKA, red. odp. czas. „Położna".

Podniesienie zdrowotności na wsi przez reorganizację położnych.

Zdrowotność publiczna jest jednym z najważniejszych zagadnień społecznych, a statystyka wykazuje największą śmiertelność na wsi.

W artykule niniejszym chcemy poruszyć tylko jedną dziedzinę zdrowotności publicznej, a mianowicie sprawę opieki nad wiejską kobietą: ciężarną, rodzącą i położnicą oraz plany organizacji i reorganizacji tej opieki w powiecie lwowskim.

Ustawa nasza bardzo pięknie i szeroko ujmuje i, zdawało by się, zupełnie rozwiązuje zagadnienie tak zasadnicze, jak pomoc położnicza. Odcinek pracy oddany w ręce położnej jest bardzo ważny i odpowiedzialny, jest to przecież opieka nad kobietą-matką, rodzącą zdrowe, silne dzieci, jest to praca nad zdrowiem przyszłych obywateli.

Dlatego też Państwo chcąc zapewnić swoim obywatelom dobrą i rzetelną pomoc położniczą stawia wysokie wymogi moralne dla kandydatek na położne, wymogi ujęte w zwarte artykuły ustawy i przejrzyste paragrafy instrukcji dla położnych, dlatego też przedłużyło naukę w szkołach położniczych do dwu lat.

Istnieje jednak rozdźwięk między piękną i wyczerpująco ujętą ustawą a stanem faktycznym.

Położne, które wychodzą z państwowych szkół położnych nowego typu, wprowadzonych ustawą z roku 1928 powinny w zupełności sprostać zadaniu, jest ich jednak stosunkowo jeszcze niewiele. Pozostała reszta, to położne z 9-miesięcznym a nawet jeszcze 6-miesięcznym kursem sprzed lat. Nieprzeszkalane i nie uzupełniające swoich wiadomości robią one ogromne szkody w stanie zdrowia kobiety wiejskiej i nie znają zasad nowoczesnej opieki nad noworodkiem.

Ustawa z roku 1928 nakłada na szkoły położnych obowiązek dostarczenia społeczeństwu odpowiedzialnych i nowocześnie wyszkolonych położnych, nakłada również obowiązek przeszkalania położnych co 5 lat, pierwszy raz w pięć lat po ukończeniu szkoły.

Zły stan wiadomości położnych spowodowany jest głównie tym, iż opuściwszy szkołę tracą zupełnie kontakt z nią, celowo i stale uchylają się od obowiązku przeszkolenia. Jedynie tylko położne rejonowe, na które władza samorządowa ma stały wpływ, poddają się obowiązkowi przeszkolenia. Reszta położnych wolnopraktykujących zapomina z roku na rok wszystko, czego uczono je w szkołach z teorii, a także wiadomości z higieny, stosowania leków; nawet rzeczy tak podstawowej, jak konieczność zakroplenia oczu noworodkowi octanem srebrowym, nie pamięta o obowiązkach dyktowanych przez instrukcję, lekceważy nakaz mycia rąk wedle przepisu; wszystko to zostaje w miarę lat usunięte z ich użycia w praktyce, wskutek czego poziom ogółu położnych nie wiele różni się od poziomu przez nie same pogardzanej babki.

Faktyczne i istotne wprowadzenie w życie nowej ustawy okazało się rzeczą bardzo trudną i wymagającą dłuższego czasu.

Chcąc przystąpić do zapoznania się z poziomem położnych w powiecie lwowskim zarządziłem rejestrację położnych, wskutek czego zmuszone one zostały przez gminy do pierwszego ich obowiązku zarejestrowania się u lekarza powiatowego. Okazało się, iż cały szereg położnych wolnopraktykujących, a nawet rejonowych, nie zgłaszał się do rejestracji mimo, iż praktykowały nieraz już od dziesięciu lat!

Następnie chcąc poznać, z jakim materiałem fachowym położniczym mam do czynienia w powiecie lwowskim, a więc w promieniu najwyżej 40 km od Lwowa, urządziłem w lutym 1936 roku urzędową odprawę położnych powiatu lwowskiego. Okazało się przy tym, że ani jedna położna nie miała, a tym samym nie znała instrukcji dla położnych. Obecne położne w ilości 70 osób zaopatrzyły się na miejscu w instrukcję.

Odprawa z lutego ubiegłego roku wykazała od razu, jaki jest stan położnych wiejskich i wytknęła jasno drogę do uzyskania zmiany na lepsze, wskazała środki do podciągnięcia ogólnego stanu położnych wzwyż, bez czego nie ma sposobu uchronienia kobiet wiejskich od szeregu nieszczęść, jakie powoduje nieumiejętna pomoc położnicza. Wynikiem odprawy było zarysowanie się planu systematycznej pracy nad podciągnięciem poziomu wiedzy akuszeryjnej położnych, a plan ten ująć można w kilka zasadniczych punktów:

1) systematyczne przeszkalanie wszystkich położnych z powiatu,

2) urządzanie raz do roku przeglądu wiadomości położnych i ich narzędzi pracy oraz leków — w biurze lekarza powiatowego,

3) urządzanie dla położnych odpraw urzędowych, na których wygłaszane będą referaty o treści zawodowej i społecznej,

4) wprowadzenie w tok urzedowania pracownika samorządowego nowego typu — a mianowicie powiatowej instruktorki położnictwa,

5) utworzenie w jak najbliższej przyszłości kilku punktów porodowych w powiecie, w każdym rejonie lekarza okręgowego i w przyszłych ośrodkach zdrowia (np. Pustomyty).

Pierwszym więc odruchem wywołanym przez urzędową odprawę położnych było odesłanie możliwie jak największej liczby położnych rejonowych na przeszkolenie do Państwowej Szkoły Położnych we Lwowie.

W dalszym ciągu urzeczywistniania planu poprawy stosunków położniczych uruchomiono w biurze lekarza powiatowego przegląd położnych powiatu lwowskiego. Przegląd odbywał się dwa razy tygodniowo, w poniedziałki i soboty przed południem. Położne zgłaszające się na wezwanie lekarza powiatowego przedkładały swoje narzędzia pracy, leki, fartuchy, dzienniki i instrukcje. Torby były kontrolowane i znakowane, celem uniknięcia wzajemnego wypożyczania sobie nielicznych przepisowych torb. Równocześnie odbywała się zawodowa rozmowa, mająca na celu zapoznanie się ze stanem wiadomości teoretycznych położnych. *Zwracamy się z tego miejsca do Dyrekcji Państwowej Szkoły Położnych we Lwowie z usilną prośbą, ażeby bezwarunkowo nie wydawała absolwentkom szkoły dyplomu położnej bez uprzedniego stwierdzenia posiadania przez nie torby wraz z kompletem*

leków i narzędzi (zestawionych wg instrukcji) tak zresztą, jak było to praktykowane za „dobrych, dawnych czasów" kursów dziewięciomiesięcznych. Jest to jedyny sposób zmuszenia położnej do zakupu przepisowych narzędzi pracy.

W czasie przeglądu kwalifikacji i narzędzi pracy oraz leków położnych powiatu lwowskiego przekonaliśmy się, jak dobry jest doraźny skutek takiego przeglądu. Cały szereg położnych miało w torbach zapas leków świeżo zakupionych, więc dowód, iż przed kontrolą nie było kompletu leków,to samo dotyczy narzędzi. Te położne, które nie zdawały sobie sprawy z obecnej sytuacji, przychodziły bez kompletu leków i narzędzi, motywując biedą niemożność zakupu takowych. Podczas tego przeglądu wybrano kandydatki na przyszłe położne rejonowe, a to przede wszystkim te, które odbyły przeszkolenie i wykazały dobry stan wiadomości oraz ogólnego poziomu inteligencji. Z nowym rokiem budżetowym zostaną one zaangażowane z płacą nieobniżoną, tzn. wynoszącą 120 zł rocznie, z tym jednak, iż muszą prowadzić w swoich rejonach *stałą ewidencję ciężarnych.* Wprowadzenie stałej ewidencji ciężarnych jest koniecznością, warunkującą dość wczesne rozpoznanie nieprawidłowości w przebiegu ciaży i odesłanie chorej do szpitala lub wezwanie lekarza do prowadzenia porodu nieprawidłowego. Położne rejonowe będą miały przydzielone sobie, ściśle odgraniczone rejony położnicze, przewidziane jest stworzenie dwu nowych rejonów położniczych, w celu pokrycia powiatu gęstszą siecią urzędowych punktów opieki położniczej.

Jako stały czynnik doszkalania położnych w powiecie lwowskim wprowadzi się od kwietnia roku 1937 — prócz przeglądu w biurze lekarza powiatowego i corocznej, połączonej z referatami, urzędowej odprawy położnych — nowy organ kontrolno-oświatowo-organizacyjny, a mianowicie *powiatową instruktorkę położnictwa.*

Będzie ona upoważniona do wkraczania w każdej chwili w teren pracy położnej, do wiejskich chat i do łóżka rodzącej, czy położnicy.

Instrukcja dla powiatowej instruktorski położnictwa przedstawia się następująco:

1) Powiatowa instruktorka położnictwa jest pracownikiem umysłowym, zaangażowanym przez lekarza powiatowego, płatnym przez samorząd powiatowy. Instruktorka jest urzędowym łącznikiem pomiędzy lekarzem powiatowym, położnymi pracującymi w powiecie, ich chorymi, władzami samorządowymi i organizacjami społecznymi.

2) Kwalifikacje instruktorki: egzaminowana położna, dobra siła fachowa, zarówno w teorii, jak w praktyce położniczej, wyszkolona w pracy organizacyjno-społecznej, osoba energiczna i bezwzględnie uczciwa.

3) Instruktorka podlega bezpośrednio lekarzowi powiatowemu, wyjeżdża na objazdy w powiecie według jego planu, po czym składa mu sprawozdanie pisemne, które z nim omawia.

4) Instruktorka ma legitymację urzędową, stwierdzającą, iż jest pracownikiem powiatowym i mundur lub co najmniej opaskę na ramieniu, z napisem urzędowym.

5) W powiecie lwowskim wynosi wynagrodzenie instruktorki powiatowej 700 zł (siedemset złotych) rocznie, płatnych kwartalnie, w zależności od ilości wyjazdów. Obowiązkowo wyjeżdża instruktorka dwa razy tygodniowo na pół dnia lub raz na tydzień na cały dzień (większy rejon lub więcej spraw do załatwienia). Kwota 700 zł składa się z 500 zł przeznaczonych na diety: 5 zł dieta za wyjazd półdniowy, 10 zł za całodniowy. Pozostałe 200 zł przeznaczone jest na pokrycie kosztów rozjazdów po powiecie.

6) Instruktorka jest pracownikiem kontraktowym, angażowanym na pół roku, z miesięcznym wypowiedzeniem, obowiązującym zarówno pracodawcę, jak pracownika. Zwolniona instruktorka nie może zgłaszać pretensji do odprawy. Co do ubezpieczeń instruktorka podlega przepisom, w myśl rozporządzenia Ministerstwa Opieki Społecznej (Ustawa scaleniowa z roku 1933).

7) *Obowiązki instruktorki streszczają się:* a) w kontroli, b) opiece, c) działalności oświatowo-społecznej wśród położnych pracujących w powiecie.

W zakresie kontroli do obowiązków instruktorki należy:

A) kontrola torb położniczych i ich pieczętowanie, wykonane w miejscu zamieszkania położnej. Kontrola ta ma na celu zwalczanie partactwa położniczego i przegląd narzędzi pracy położnej.

B) kontrola leków, które położna obowiązana jest mieć w torbie, wg instrukcji, wraz z prawem konfiskaty leków nieświeżych, źle przechowanych, bez czytelnego napisu oraz z prawem rozdawnictwa położnym recept, napisanych przez lekarza powiatowego.

C) kontrola dziennika, który położna obowiązana jest prowadzić, wraz z prawem sprzedawania tych dzienników. Na podstawie dziennika orientuje się instruktorka w porodach, odebranych przez położną. Jest obowiązana zrobić wywiad u ostatniej położnicy, w celu przekonania się, jak położna wywiązała się ze swego zadania.

D) kontrola, czy położne rejonowe prowadzą ewidencję kobiet ciężarnych w swoim rejonie.

E) kontrola położnej płatnej przez samorząd (rejonowej), czy nie uchyla się od chodzenia do porodów u biednych gminy, za co pobiera wynagrodzenie od samorządu.

F) kontrola, czy położna wykonuje polecenie lekarza powiatowego, (dlatego koniecznym jest każdorazowe porozumienie instruktorki z lekarzem powiatowym i sprawozdanie z objazdu).

G) kontrola, czy położne nie leczą, tj. czy nie przekraczają zakresu swego działania (przestrzykiwania, zakładanie krążków, masaże, kąpiele lecznicze i nasiadówki, okłady, zastrzyki, pijawki, bańki, stosowane bez wyraźnego polecenia lekarza).

H) szczególna kontrola porodów płodów martwych, ze względu na badanie rodziców na kiłę i rejestracja tych porodów.

I) kontrola, czy położne donoszą lekarzowi powiatowemu o poronieniach, do czego są ustawowo obowiązane.

J) kontrola, czy położne same nie robią niedozwolonych zabiegów (poronienie kryminalne).

K) stała kontrola rejestracji położnych w powiecie.

L) kontrola, czy położne nie uchylają się od obowiązku przeszkolenia co 5 lat i robienie spisu położnych, które mają iść na przeszkolenie w najbliższym roku.

Ł) kontrola warunków mieszkaniowych położnej, ze względu na nią samą, chorej i dobry przykład dla ludności wiejskiej.

M) kontrola (oparta na wywiadzie) nad niedozwoloną działalnością babek wiejskich, prowadzenie ewidencji babek i porodów przez nie odebranych oraz niezwłoczne powiadomienie o tym lekarza powiatowego.

W zakresie opieki do obowiązków instruktorki należy: opieka nad położnymi w ich stosunkach z władzami, chorymi i babkami.

A) czy gminy wypłacają położnym punktualnie ich pobory, a także ubezpieczalnie i inne instytucje obowiązane do świadczeń pieniężnych na rzecz położnych.

B) czy chore prywatne wypłacają położnym należytość za porody prywatne w gotówce lub równowartość w naturze, jak to jest obecnie praktykowane na wsi (ziemniaki, drzewo, mleko).

C) opieka nad położną w stosunku do babek, które odbierają położnym zarobek, a także obniżają zdrowotność kobiet wiejskich, powodując ich kalectwo, a niejednokrotnie śmierć. Czynniki administracyjne powiatu obowiązane są nieść czynną pomoc instruktorce w zwalczaniu babek, gdy instruktorka zwróci się do tych czynników o pomoc lub opiekę.

W zakresie działalności oświatowo-organizacyjnej do obowiązków instruktorki należy:

A) urządzanie rozmów z położnymi z poszczególnych gmin, celem zebrania materiału informacyjnego o stosunkach w danej gminie (potrzeby położnej, ludności, babki i ich działalność).

B) pouczanie położnych, rodzaj egzaminu z ich wiadomości teoretycznych z położnictwa, wiadomości o higienie dziecka, znajomości instrukcji itp. oraz wskazówki przy ewentualnie odbywającym się porodzie.

C) działalność wśród położnych na rzecz związku zawodowego i jego znaczenia dla nich.

D) działalność na rzecz czytelnictwa pism zawodowych i ewentualne rozdawnictwo egzemplarzy okazowych.

E) nawiązanie kontaktu ze społeczeństwem, zwłaszcza z czynnikami oświatowymi wsi (ksiądz, nauczyciel). Instruktorka stara się pozyskać ich pomoc dla swej działalności na terenie wsi. Np. ksiądz, który zapisuje na metryce nazwisko osoby, która odbierała poród, powinien dać się nakłonić do współpracy w tępieniu partactwa babek. Instruktorka powinna również nawiązać kontakt z nauczycielstwem i informować je o społecznym charakterze swej pracy. Organizacje społeczne, zwłaszcza kobiece (koła gospodyń wiejskich i związki ziemianek) powinny pozostawać w stałej współpracy z instruktorką, która ma obowiązek komunikowania się z nimi, jak również z kołami T. S. L. i tym podobnymi organizacjami.

Z rozmów z czynnikami oświatowo-społecznymi zorientuje się instruktorka o potrzebie wykładów na tematy sanitarne dla ludności wiejskiej i powiadomi o tym lekarza powiatowego.

F) Instruktorka obowiązana jest wiedzieć o organizowaniu się w powiecie ośrodków zdrowia, stacji opieki nad matką i dzieckiem, punktów porodowych, ewidencji ciężarnych i wszystkich

organizacji zdrowotnych, w których położne powinny współpracować: zwalczanie kiły, raka, gruźlicy, alkoholizmu i innych chorób, z którymi położne mają kontakt w swojej praktyce.

G) objaśnianie położnych na temat ich obowiązku współpracy w walce z chorobami społecznymi oraz w opiece zdrowotnej nad ciężarną, rodzącą, położnicą i oseskiem, do czego położne dawnego typu, systematycznie przeszkalane, oraz położne nowego typu, są zawodowo przygotowane.

H) nawiązanie kontaktu z lekarzami czynnymi w powiecie, w celu uzyskania ich pomocy i współpracy, opieki oraz ożywienia ich działalności zdrowotno-oświatowej na odcinku położnictwa i opieki nad oseskiem tj. spraw, które ustawowo oddane są w ręce kwalifikowanej położnej.

I) organizowanie pomocy dla położnicy w okresie połogu w myśl instrukcji lekarza powiatowego.

* * *

Jako ostateczny efekt reorganizacji położnych powiatu lwowskiego i organizacji pomocy położniczej oczekiwane jest:

A) dostrzeżenie i dość wczesne skierowanie do zakładu ciąż i porodów nieprawidłowych, wyrugowanie „babek".

B) zmniejszenie się procentu śmiertelności niemowląt wiejskich.

C) podniesienie stanu zdrowia kobiet wiejskich z punktu widzenia opieki położniczej.

D) podniesienie ogólnej kultury czystości i zdrowia na wsi.

* * *

Akcja na terenie opieki położniczej na wsi jest koniecznością; stanowi ona łącznie z potrzebą dostarczenia ludności wiejskiej: zdrowej wody, suchych i jasnych pomieszczeń oraz dobrych dróg — całokształt zadań, warunkujących podniesienie stanu zdrowotnego i cywilizacyjnego wsi polskiej.

Stworzenie dobrej i sprawnie działającej opieki położniczej na wsi jest głównym warunkiem budowania tężyzny narodowej od podstaw i domaga się już od długiego czasu wprowadzenia w życie narodu.

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach. Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Z. 2. 1937. Smolin P.: O klinicznej wartości metody Sahliego określania maksymalnego ciśnienia tętniczego. — Metler St.: Wymioty niepowściągliwe u ciężarnych na podstawie materiału Kliniki Ginekologiczno-Położniczej w Poznaniu w czasie od 1926 do 1936 roku. — Jonscher K.: Wartość odczynów biologicznych w rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci (c. d.). — Spychała W.: Zadanie i cel Opieki Zdrowotnej w zwalczaniu gruźlicy wśród młodzieży akademickiej. — Godula Cz.: Tymczasowe doniesienie o pracy pt.: Wpływ witaminy C na odporność erytrocytów.

Medycyna. Nr 1. 1937. Całka S.: Badanie przydatności środków do urografii. — Meisels E.: Znaczenie badania kontrastowego dla rozpoznania kamicy w drogach moczowych. — Elektorowicz A.: Wynik badań radiologicznych w nowotworach nerek. — Lilpop W. i Zawadowski W.: O torbielowatym rozszerzeniu dolnego śródściennego odcinka moczowodu. — Lilpop W. i Zawadowski W.: Przypadek kamicy powikłanej roponerczem gazowym. — Krotow W.: Dwa przypadki przepukliny rozworu przełykowego. — Golczyński Z.: Przypadek rozsianej wągrowatości.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 3. 1937.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 3. 1937. Pallier A.: O obrzękach i środkach moczopędnych (dok.). — Borysowicz J. i Witek St.: W sprawie wyników leczenia insuliną w świeżych przypadkach schizofrenii. — Frostig J., Kister J., Manasson Wł. i Matecki Wł.: W sprawie leczenia schizofrenii insuliną. — Kacprzak M.: Rozsiedlenie lekarzy w Polsce (dok.).

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 4. 1937.

Młoda Matka. Nr 2. 1937.

OCENY.

Les lésions organiques du coeur (Organiczne schorzenia serca). R. LUTEMBACHER. 1 tom formatu 8. Str. 352. Figur 185. Masson et Cie. Paryż 1936. Cena w 1 tomie 300 fr. fr.

W tym wspaniale wydanym dziele, na które może sobie pozwolić tylko naród prawdziwie bogaty, autor podaje krótki rys organicznych chorób serca, kładąc główny nacisk na obrazy anatomo-patologiczne omawianych zmian. Liczne a wspaniałe fotograficzne zdjęcia naturalnej wielkości poprzedza zawsze dokładny obraz kliniczny i przebieg choroby, jak i leczenia każdego przypadku, tak że w tekście podane obrazy zyskują na żywości i aktualności. Autor nie zadowala się jednak przedstawieniem licznych zdjęć anatomo-patologicznych, lecz na tle ich rozwija całą systematykę schorzeń serca, dając całokształt kliniczny tej grupy zmian patologicznych. Przedstawienie przypadków pod względem klinicznym jest przy tym bardzo jasne. Zdjęcia prócz tego są uzupełnione zawsze krótkimi schematami, które pozwalają łatwo zrozumieć istotę spostrzeganej zmiany chorobowej. Graficzne uposażenie dzieła jest rzeczywiście wspaniałe i przynosi prawdziwy zaszczyt znanej firmie paryskiej Masson et Cie. Niezwykłość przedstawienia przedmiotu, jasność stylu, nieprzepełnienie piśmiennictwem, to wszystko złączone z licznymi a doskonałymi zdjęciami fotograficznymi powinno zająć czytelników i zdobyć ich nie tylko między specjalistami, ale i lekarzami ogólnymi. Znajdą oni bowiem w tym dziele doskonałe podstawy do przypomnienia i utrwalenia sobie w pamięci faktów zwłaszcza anatomo-patologicznych, które mogli z czasem zapomnieć w szczegółach. Znajomość jak najdokładniejsza tych obrazów to, jak wiemy, ważna podstawa dla lekarza przede wszystkim w schorzeniach serca. Z tego względu omawiane dzieło można gorąco polecić każdemu lekarzowi.

M. Franke (Lwów).

Karabin i nosze. Wspomnienia lekarzy i farmaceutów z lat 1914—1920. Tom 1. Warszawa 1936.

Doświadczenia ubiegłej wojny wykazały jasno, jak wielkie znaczenie dla wartości bojowej armii posiada służba zdrowia. W miarę jednak oddalania się tamtych czasów, w miarę zapominania o doświadczeniach wojny, zaznacza się zwłaszcza u tych, którzy wojny tej nie przeszli, pewne niedocenianie pracy lekarza w czasie wojny. Toteż wydaje mi się słuszną rzeczą, że z okazji X-lecia pracy gen. St. Rupperta na stanowisku Szefa Wojskowej Służby Zdrowia wydano drukiem omawiane wspomnienia; przynoszą one z jednej strony dowód znaczenia służby zdrowia w czasie wojny, z drugiej zaś strony są pierwszorzędnym materiałem źródłowym dla historyka sanitariatu polskiego.

Tom I zawiera 26 artykułów; najwięcej z nich, bo 11 dotyczy Legionów Polskich; są tam następujące prace: Bellerta: Służba sanitarna w 1-szym pułku piechoty Legionów w czasie bitwy pod Laskami; Bobrowskiego: Początki szpitalnictwa legionowego; Gergovicha: Wspomnienia spod Krzywopłotów; Gruszeckiego: Pierwszy ułański patrol sanitarny; Kawińskiego: Ze wspomnień ułańskich; Naramowskiego: Książka chorych konnej baterii Legionów Polskich; Rudkego: Moja służba w sanitariacie 2 Brygady Legionów Polskich; Ryll-Nardzewskiego: Służba zdrowia w Szczypiornie i Łomży; Sokołowskiego: Rok 1914 w 1 Brygadzie; Streita; Wspomnienia o służbie zdrowia w Legionach Polskich; Szezechury: Dzieje pierwszej karetki sanitarnej „Strzelca". Artykułów dotyczących innych formacyj polskich jest 7, a mianowicie: Brończyka: Urywki z pamiętnika; Fiumela: Jak przeprowadziłem likwidację szpitala dywizyjnego; Głowińskiego: Służba zdrowia 4-tej dywizji gen. Żeligowskiego; Łukasiewicza: Z dziejów I-go Korpusu Wschodniego; Rosnowskiego: Służba zdrowia Wojsk Polskich we Wschodniej Rosji; Szulca: Czołówki Polskiego Komitetu Pomocy Sanitarnej; Żyromskiego: W IV Dyw. Strzelców Gen. Żeligowskiego. Niewielką jest ilość wspomnień, dotyczących Polski Niepodległej, jest ich zaledwie 8, a mianowicie: Bularskiego: Wspomnienia spod Radzymina; Eysymontta: Na odsiecz Lwowa; Łuca: Wspomnienia z obrony Lwowa; Moszczeńskiego: Oficerowie farmaceuci w czasie inwazji ukraińskiej w Przemyślu w roku 1918; Prusakiego: Pod Pińskiem; Rudzkiego: Przejęcie Szpitala Ujazdowskiego 11 listopada 1918 roku; Stankiewicza: Z Legią Akademicką na Lwów, oraz Szadurskiego: Ze szpitalem Polowym 906.

Wymienione artykuły można podzielić na trzy grupy. Pierwszą z nich stanowią pamiętniki prowadzone w czasie wojny oraz wspomnienia, opracowane ściśle na podstawie takich pamiętników

lub prowadzonych przez autorów książek chorych. Ten dział przedstawia dla historyka największą wartość.

Do drugiej grupy zaliczyłbym wspomnienia oparte w dużej części również na materiale pamiętników i notatek, ale na ogół niewystarczającym dla przedstawienia całości obrazu; pamiętnikarze oprzeć się muszą na własnej pamięci. I chociaż ta grupa wspomnień musi posiadać mniejsze znaczenie, jeżeli idzie o stwierdzenie jakiegoś poszczególnego faktu, to jednak stanowi ona bardzo ważny materiał historyczny, oddając nastrój danego zdarzenia tak, jak on się przedstawiał w danej chwili pamiętnikarzowi lub jak w jego pamięci pozostał.

Do trzeciej grupy zaliczam tylko jedną pracę, a mianowicie Rosnowskiego: Służba zdrowia Wojsk Polskich we Wschodniej Rosji. Praca ta nie daje się zmieścić wspólnie z poprzednio wymienionymi; wszystkie inne prace to wspomnienia, oparte na własnych pamiętnikach, notatkach, listach, książkach chorych; w tych wszystkich pracach przeprowadzono opis z punktu widzenia piszącego, jako osoby centralnej; natomiast praca Rosnowskiego jest prawie zupełnie pozbawiona elementu „wspomnieniowego"; autor oparł się przeważnie na pracach już drukowanych oraz na materiale Archiwum Wojskowego. Prace zawarte w książce „Karabin i nosze" mają same stanowić materiał archiwalny. Dla wymienionych powodów uważam (nie wdając się w ocenę samej pracy, gdyż nie czuję się do tego powołany), że praca powinna ukazać się poza omawianym zbiorem.

Gdy mam wyrazić opinię recenzenta o całości książki, to muszę ograniczyć się do stwierdzenia, że dzięki żywemu, pozbawionemu na ogół wszelkiej nienaturalności opowiadaniu, przenosi się czytelnik myślą w czasy i warunki opisywane przez pamiętnikarza i wraz z nim przeżywa jego smutki i radości. A takim właśnie jest zadanie literatury pamiętnikarskiej.

Autorom należy się podziękowanie za ich pracę.

W. Mozołowski (Wilno).

Podręcznik receptury. J. SUPNIEWSKI. Str. 132 + 113. Warszawa 1936.

Powyższa książka wydana przez ruchliwą firmę wydawniczą „Delta" stanowi jakby uzupełnienie podręcznika farmakologii tegoż autora. Książkę tę należy powitać z radością, ponieważ brak było w języku polskim podręcznika receptury przeznaczonej dla lekarzy. Wprawdzie nie posiadamy jeszcze dotąd własnej farmakopei (dopiero w bieżącym roku ma się ona podobno ukazać) i z tego powodu podręcznik taki nie mógł być oparty na własnych przepisach i własnym mianownictwie, to jednak książka taka była potrzebna, ponieważ receptura została obecnie jakby zapomniana i stała się dziedziną nieznaną dla lekarzy.

Książka podzielona jest na dwie części. Pierwsza obejmująca 132 strony obok wstępnych uwag o recepcie, tablicy skrótów i tabeli dawek maksymalnych zawiera opis poszczególnych postaci lekarstw w następującym porządku: proszki, tabletki, pigułki, ziarenka, wyciągi, ziółka, powidełka, galaretki, mikstury i roztwory, napary i odwary, wyciągi płynne, zawiesiny, emulsje, wysycenie, wina lecznicze, krople, nalewki, czopki i maści, pasty, mazidła i plastry. W każdym ustępie podane są przykłady zapisywania odpowiedniej postaci lekarstwa oraz skład lekarstw złożonych, znanych pod nazwą skróconą, jako leki oficynalne itp. W końcowym ustępie podane są najważniejsze błędy w zapisywaniu recept. Osobny rozdział omawia własności fizyczne i niezgodności najważniejszych leków ułożony według alfabetu. Całość przedstawia się jako treściwie ujęty podręcznik do nauki. Nie jest on jednak wolny od usterek. Sam układ treści nie jest jasny, ponieważ podział nie jest oparty ani na postaci lekarstwa (stałej lub płynnej) ani też na sposobie wprowadzania (doustnie, zewnętrznie i doodbytnicowo, zastrzyki). Przetwory galenowe, jak wyciągi, wyciągi płynne, nalewki itp. stanowiące osobną grupę trwałych przetworów należało by raczej omówić oddzielnie od właściwej receptury tj. postaci lekarstw przygotowanych *ex tempore*. Mianownictwo często jest niejednolite, np. *emulsio*-zawiesina, i tak samo zawiesiną jest *mixtura agitanda* (odpowiedniejszą nazwą byłaby tu „wstrząsanka"). Ale te usterki tłumaczą się tym, że nie posiadamy jeszcze ustalonej nomenklatury farmaceutycznej. Niejasne są również czasem określenia postaci lekarstw np. „emulsje są mieszankami dwóch lub więcej płynów nierozpuszczających się w sobie, składającymi się z drobnych kuleczek jednego płynu w drugim", podczas gdy o kilka wierszy niżej jest mowa o tym, że można robić emulsje z żywic i wosków, a więc ciał stałych. Przy opisie sporządzania nalewek nie ma wzmianki o tym, na czym polega metoda perkolacji. Tak samo nie jest podane, dlaczego w ekstraktach świeże rośliny zabija się alkoholem. Na ogół są to jednak nieliczne niedociągnięcia, które nie umniejszają wartości tego podręcznika; powinien spełnić swoje zadanie — przywrócenia recepturze należnego znaczenia w lecznictwie.

Druga część książki obejmująca 113 stron zawiera spis specyfików na podstawie danych dostarczonych przez wytwórnie. Są tam specyfiki firm przeważnie czysto krajowych, ułożone w porządku alfabetycznym, przy czym podany został skład chemiczny, ogólne działanie i wskazania, dawkowanie i opakowanie. Było by bardzo wskazane, by wytwórnie prócz tego podały także cenę, co pozwoliło by lekarzowi łatwiej zorientować się, czy przepisać leczenie wg poprzednio wyłożonych zasad receptury, czy też specyfik.

Skowroński (Lwów).

Introduction à la chirurgie genito-urinaire (Chirurgia narządów moczopłciowych). E. E. LAUWERS. Masson et Cie. Str. 197. Paryż 1936.

Podstawę omawianej książki stanowią wygłoszone przez autora wykłady uniwersyteckie na temat schorzeń narządów moczopłciowych.

Schorzenia tych narządów stanowią jeden z rozdziałów patologii, który w ostatnich latach uległ wielkim zmianom. Nowe sposoby klinicznego badania układu moczopłciowego oraz rozszerzenie wiadomości z zakresu wydzielania wewnętrznego gruczołów, które są ściśle związane z tym układem wprowadziły nowe poglądy w leczeniu zarówno zachowawczym, jak i operacyjnym schorzeń moczopłciowych.

Jako cel postawił sobie autor zebranie wszystkich nowych zdobyczy i ujęcie ich w pewien całokształt. W omawianiu fizjopatologii narządów moczopłciowych nie przyjął schematu łącznego rozpatrywania wszystkich schorzeń danego narządu, lecz przedstawia jednostki chorobowe w ich kolejnym odcinkowym rozwoju. Wiele miejsca poświęca autor metodom rozpoznawczym, natomiast w sprawie leczenia ogranicza się jedynie do podania głównych wytycznych postępowania, pomija zupełnie opis narzędzi i techniki operacyjnej.

Książka Lauwersa stanowi zwięzłe i jasne wprowadzenie w dziedzinę chirurgii narządu moczopłciowego i godna jest polecenia.

W. Bross (Lwów).

Duszpasterz wobec histerii (Przyczynek do Psychiatrii Pastoralnej). X. BERNARD SYCHTA. Miesięcznik Diecezji Chełmińskiej. Nr 10. Str. 736—744. 1936.

Autor, który jest wybitnym i znanym na Pomorzu poetą kaszubskim, zajmuje stanowisko kapelana jednego z tamtejszych zakładów psychiatrycznych. Wymieniony artykuł jest owocem jego codziennych spostrzeżeń zawodowych. Duszpasterstwo psychiatryczne — choć nikt nie wątpi w jego doniosłość i wagę psychoterapeutyczną — rozporządza tylko bardzo szczupłym piśmiennictwem. Dlatego trzeba być wdzięcznym autorowi, że wziął się do tak mało uprawianej niwy. Na razie jest to skromny przyczynek, ale może stanowi on zapowiedź jakiegoś obszerniejszego dzieła z zakresu Psychiatrii Pastoralnej.

Omawiany artykuł zawiera szereg cennych wskazówek dla duszpasterza, który wielekroć ma sposobność stykać się z przypadkami histerii. Musi on przeto nie tylko znać dobrze symptomatologię histerii, ale i posiadać pewne określone zasady postępowania, zdolne na chorego wywrzeć wpływ psychoterapeutyczny. Szczególnie udatny i wnikliwy jest opis tzw. charakteru histerycznego. Debiut X. Sychty trzeba uważać za pomyślny i życzyć autorowi powodzenia w dalszych studiach.

T. B.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Tematy ogólne.

Festschrift Emil Barrel (Zeszyt poświęcony E. Barrelowi). Bazylea 1936.

W ślad odkryć dokonywanych w pracowniach chemicznych, fizjologicznych i farmakologicznych idą prace nad zastosowaniem tych badań do produkcji nowych środków leczniczych. Przemysł farmaceutyczny jest ściśle związany z pracowniami uczonych i praktycznie zastosowuje ich teoretyczne zdobycze. Świadczenia te nie są jednostronne; potężne środki materialne stojące do dyspozycji przemysłu farmaceutycznego umożliwiają często przeprowadzenie badań teoretycznych, wymagających dużych wydatków; trzeba przyznać, że szereg bardzo ważnych teoretycznie zagadnień udało się rozwiązać dzięki materialnej pomocy prze-

myślu farmaceutycznego. Naukowe oddziały fabryk środków leczniczych przedstawiają na ogół pracownie o dużej wartości naukowej i wyniki ich badań wywierają swój wpływ na całokształt pracy badawczej. Ta współpraca pracowni naukowych z przemysłem farmaceutycznym jest twórczą i wyrazem takiej współpracy jest tom poświęcony Emilowi Barrelowi, generalnemu dyrektorowi Towarzystwa Hoffmann-La Roche w 40-tą rocznicę jego pracy w tej firmie, przez jego przyjaciół i współpracowników. Zbiór ten przyniesi szereg cennych prac; uważałem przeto za wskazane podać w „Polskiej Gazecie Lekarskiej" uwagi o niektórych z nich, by zwrócić uwagę tych lekarzy, których interesują zagadnienia chemiczno-fizjologiczne i farmakologiczne. Pominę w omówieniu zwyż 25 prac, których przedmiotem są zagadnienia bardziej specjalne, a wymienię tylko te, których przedmiotem są zagadnienia o ogólniejszej treści. W rozpoczynającej zbiór pracy „Od fizostygminy do prostygminy" omawia Barger istotę chemiczną fizostygminy oraz związków otrzymanych syntetycznie, a posiadających działanie podobne, i na tym przykładzie uwydatnia znaczenie współpracy chemika organicznego i fizjologa z przemysłem chemicznym. W następnej pracy zajmuje się Cloëtta omówieniem biochemicznych podstaw snu, a mianowicie tego jedynego bezsprzecznie stwierdzonego faktu, że w czasie snu maleje zawartość wapnia i potasu we krwi; zjawisko to próbuje związać przyczynowo ze snem i czuwaniem. Edlbacher podaje wyniki swych badań zawartości zasad purynowych w narządach w czasie głodzenia i przy jednostronnym odżywianiu. Karrer pisze o składzie chemicznym i syntezie laktoflawiny (witaminy B_2); praca ta zdaje sprawę z badań, które w niezmiernie krótkim czasie doprowadziły do poznania istoty chemicznej laktoflawiny, jej syntezy oraz zrozumienia jej roli w ustroju zwierzęcym. Zagadnienie bardzo ważne dla lecznictwa omawia Mannich; dotyczy ono uszlachetnienia naturalnych alkaloidów drogą chemiczną. Reichstein i Demole zestawiają wiadomości o chemii i biologicznych właściwościach ciał grupy kwasu askorbinowego (witaminy C); przez porównanie działania ciał o podobnej do kwasu askorbinowego budowie starają się określić, jakiej grupie chemicznej zawdzięcza kwas askorbinowy swoje działanie, jako witamina. O znaczeniu badań witamin dla kliniki pisze Staehelin. Obszernej pracy Guggenheima „O podstawach farmakoterapii" można by dać drugi jeszcze tytuł: Zależność działania farmakologicznego od budowy chemicznej. Szczególnie aktualne dla lekarza zagadnienie omawia Winterstein pisząc o chemicznej budowie i fizjologicznym znaczeniu ciał rakotwórczych.

Prace stanowiące omawiany zbiór wybrano bardzo starannie; czytelnicy czasopism naukowych wiedzą dobrze, jak często spotyka się artykuły małowartościowe i nieprzemyślane. Oczywiście, że i w omawianym tomie jedne wysuwają się na czoło, a inne przesuwają się na szary koniec, ale trudno spotkać dziś zbiór, który by tak wiele zawierał prac wartościowych, jak omawiany tom.

W. Mozołowski (Wilno).

Patologia.

Niektóre zagadnienia fizjologii i patologii w łączności z przysadką mózgową. L. KARLIK. Centr. Ref. Medic. Żurn. T. XVIII. Nr 3. 1936.

Autor, kierownik działu fizjologii patologicznej w Instytucie eksperymentalnej endokrynologii po omówieniu nowszych zagadnień dotyczących przysadki mózgowej stwierdza, że endokrynologia osiągnęła szereg zdobyczy w badaniach przysadki, ale jednocześnie nie posunęła się naprzód w sprawie pewnych zagadnień.

Postępy we frakcjonowaniu wyciągów z przysadki i utożsamianie ich działania z jakoby równorzędną czynnością przysadki doprowadziły do rozpoznawania ogromnej liczby jakoby odrębnych „hormonów", produkowanych przez przysadkę (hormon przemiany węglowodanowej, tłuszczowej, hormon wzrostu, gonadotropowy, tyreotropowy, paratyreotropowy, interrenotropowy, pankreotropowy lub kontra-insularny, hormon laktacji i szereg innych, których liczba przekroczyła już 15).

Działanie przysadki i wyciągów z niej uzyskanych jest tak wielostronne, nie dziwnym więc będzie, jeżeli lista tych „hormonów" jeszcze się powiększy w najbliższym czasie. Każde stwierdzone działanie wyciągu z przysadki zostaje ochrzszczone mianem odrębnego „hormonu" i znajduje bezkrytyczne zastosowanie w praktyce.

Nasuwa się pytanie, czy przysadka wydziela w rzeczywistości tak znaczną ilość różnych i działających niezależnie od siebie hormonów i czy hormony (czy też frakcje) te są identyczne.

Autor przytacza różnych innych autorów, którzy wykazali, że hormony wyosobnione doświadczalnie nie działają odrębnie i ściśle swoiście. Zdaniem autora wynajdywanie wciąż nowych „hormonów" w miarę wyodrębniania coraz nowych czynnych ciał z wyciągów przysadki jest błędne, gdyż istnieje ogromna różnica pomiędzy czynnością przysadki a działaniem pewnego wyciągu z przysadki, i że działanie wyciągu z przysadki nie jest zwierciadlanym odbiciem jej czynności hormonalnej w organizmie.

Endokrynologia, twierdzi autor, w fazie swojego rozwoju zamykała się w ciasne ramki izolując się od organizmu, jako całości. Endokrynologia traktowała gruczoły dokrewne, jako omal że nie samoistny układ fizjologiczny nie zajmując się badaniem łączności układu wkrewnego z podstawową postacią regulacji czynności organizmu w zdrowiu i chorobie, tj. nerwową i humoralną. Zadaniem endokrynologii jest właśnie wykazanie łączności tych dwóch postaci regulacji czynności przy różnych schorzeniach wkrewnych i pogłębienie tym samym zrozumienia patogenezy tych schorzeń. W ten sposób zrobiony zostanie krok naprzód w uzasadnieniu naukowym zadziałania na stany chorobowe zamiast szeroko jeszcze stosowanego leczenia, opartego na znajomości poszczególnych fragmentów sprawy chorobowej, na analogiach i abstrakcyjnych dedukcjach.

M. Segal (Lwów).

Działanie hormonu tylnej części przysadki mózgowej na zdrowego człowieka. V. K. HOFFMAN. Z. f. die ges. exp. Med. 99/3, 1936.

Zastrzyki hormonu tylnego płata przysadki mózgowej w postaci „Tonephin" w ilości 5—15 jednostek Voegtlin'a wywoływały bladość powłok, po 20—30 min. przykre uczucie w nadbrzuszu (może wskutek wzmożenia perystaltyki), zwiększenie ilości zużywanego tlenu, zwiększenie wydzielania soku żołądkowego; co do wydzielniczej czynności nerek, to wpływ hormonu ujawniał się zależnie od stanu wyjściowego: wzrost stężenia chloru i azotu, lub zmniejszenie w wypadkach wyjściowych liczb wysokich; poza tym w niektórych wypadkach w osadzie stwierdzał autor krwinki i wałeczki ziarniste. Wpływu na tętno i elektrokardiogram autor nie stwierdził.

Rymaszewski (Wilno).

Działanie bezwładu przepony na szybkość wchłaniania powietrza z jamy opłucnowej. Wł. OSTROWSKI. Z. f. die ges. exp. Med. 99/3, 1936.

W wypadkach uprzedniego unieruchomienia przepony wchłanianie powietrza z jam opłucnowych ulega znacznemu opóźnieniu. Przy obustronnej odmie i jednostronnym unieruchomieniu przepony, wchłanianie powietrza odbywa się wolniej ze strony unieruchomionej przepony; tłumaczy to autor stanem ukrwienia: lepsze ukrwienie przyspiesza wchłanianie, gorsze (a więc po stronie unieruchomienia) opóźnia.

Rymaszewski (Wilno).

Wpływ choliny na pośrednią przemianę materii. W. RAAB u. S. STRAUBER. Z. f. die ges. exper. Med. 99/2, 1936.

Wielodniowe doustne podawanie choliny powoduje u psów i u ludzi krótkotrwałe podniesienie się poziomu cukru we krwi i nieco dłużej trwające oraz niekiedy i później ujawniające się zwiększenie ciał ketonowych we krwi. Przyczynę, czyli raczej mechanizm powyższego odczynu upatrują autorowie we wzmożeniu tworzenia się węglowodanów z tłuszczu wewnątrzwątrobowego na skutek zadziałania choliny.

Rymaszewski (Wilno).

Działanie żywienia, obfitującego w potas na przemianę materii szczura. F. BRUMAN, S. FINKELSTEIN. Z. f. die ges. exp. Med. 99/2, 1936.

Szczury karmione pożywieniem z dużym dodatkiem potasu w słabo alkalicznym roztworze wykazywały obniżenie zużycia tlenu i wytwarzania dwutlenku węgla. Tkanka mięsna tych szczurów zawierała obfitszą ilość potasu.

Rymaszewski (Wilno).

Sól kuchenna i przemiana węglowodanów. Ich wzajemny stosunek u chorych i u diabetyków. H. GLATZEL. Z. f. die ges. exp. Med. 99/2, 1936.

Już dawniejsze badania na psach ustaliły, że działanie insuliny w wątrobie jest związane z obecnością chloru. Sól kuchenna uczynnia insulinę, a w niektórych szczególnych warunkach także diastazę w wątrobie. Sól kuchenna prócz tego, chociaż w słabym stopniu pobudza bezpośrednio trzustkę do wydzielania insuliny. Uczynniający insulinę wpływ soli kuchennej stwierdzony został i u ludzi z prawidłową przemianą materii; wyraźniej uwydatnia się próba z NaCl u diabetyków opornych na zwykłe podawanie insuliny; podawanie w takich wypadkach doustne lub dożylne roztworów soli kuchennej pobudzało insulinę.

Rymaszewski (Wilno).

Sól kuchenna i trawienie żołądkowe. H. GLATZEL. Z. f. die ges. exp. Med. 99/2, 1936.

Ziemniaki posolone ulegały intensywniejszemu działaniu trawiącemu śliny. Co do trawienia żołądkowego, to umiarkowane posolenie nie wykazuje wpływu; natomiast duże ilości soli w doświadczeniach na zwierzętach obniżały kwasowość i siłę trawiącą pepsyny. *Rymaszewski* (Wilno).

Sól kuchenna, trawienie węglowodanów i sok dwunastniczy. H. GLATZEL. Z. f. die ges. exp. Med. 99/2, 1936.

Ziemniaki według smaku posolone, poddane diastatycznemu działaniu soku dwunastniczego, wykazywały większe natężenia scukrzenia, lecz wynik ten ujawniał się powolniej w porównaniu z nieposolonymi, oraz w porównaniu do scukrzającego działania śliny. *Rymaszewski* (Wilno).

Stosunek szybkości opadania krwinek czerwonych u królików do zawartości cholesteryny, kationów i do ilorazu albumina-globulina surowicy krwi. E. RIX. Z. f. die ges. exp. Med. 99/2, 1936.

Dokarmianie królików olejem lnianym wywoływało znaczne przyspieszenie opadania krwinek czerwonych: jednoczesne dodawanie cholesteryny nie powiększało efektu przyspieszającego. Co do związku pomiędzy zawartością cholesteryny w surowicy, szybkością opadania krwinek a ilorazem albumina-globulina to autor związku nie ustalił, jak również i co do kationów, zawartości krwinek czerwonych, białych i hemoglobiny we krwi. *Rymaszewski* (Wilno).

Stosunek jajników do tworzenia krwi. E. SCHWARCHOFF. Z. f. die ges. exp. Med. 99/2, 1936.

Uczynniając jajniki i powiększając w następstwie ilość swoistych ciał hormonalnych we krwi, miał możność autor stwierdzić objawy wzmożonej czynności szpiku kostnego w postaci wzrostu ogólnej liczby krwinek czerwonych, zjawiania się młodych form retikulocytów. Ten bodziec krwiotwórczy jest swoisty dla płci, przenoszenie tego bodźca na osobniki męskie nie daje krwiotwórczego działania. To ciało wykazuje działanie będąc podane doustnie, nie jest jednak identyczne ani z folikuliną, ani z luteiną. Podawanie dużych dawek prolanu powoduje uczynnienie jajnika, nie wywołuje jednak samoistnego działania u wytrzebionych zwierząt. *Rymaszewski* (Wilno).

Badania zdolności „unieczynniania atropiny" surowicy i moczu i jej związek z czynnością tarczycy. BALISSANT. Helv. M. Acta. T. 2. Z. 5. Str. 598—604. 1935—1936 r.

Autor badał zdolność unieczynniania atropiny przez surowicę i mocz królików. Zdolność ta wykazywała stopień nie u wszystkich zwierząt jednakowy. Stopień ten nie jest zależny od stanu czynności tarczycy, nie wpływa nań podawanie tyroksyny. Surowica i mocz człowieka własności tych nie posiadają, nadczynność tarczycy własności tych nie stwarza. Wyniki badań autora są wprost przeciwne, niż wyniki analogicznie przeprowadzonych doświadczeń Japończyka Koh-Munlyong'a, który ze zdolności unieczynniania atropiny przez surowicę i mocz królika i człowieka wyciągał wnioski o stanie czynności ich tarczyc. *B. Petryński* (Lwów).

Badania jąder w normoblastycznym obrazie krwi. VOIT-DAISER. Kl. W. Nr 45. 1936.

Kwas tymonukleinowy wchodzący w skład jądra komórkowego, można wykazać przy pomocy mikroskopowego odczynu chemicznego, prowadzącego do charakterystycznego barwienia się jąder komórkowych lub ich resztek. Badania przy pomocy tego odczynu wykonane zdają się świadczyć o tym, że jądra czerwonych ciałek krwi zostają w całości wyrzucone z komórki na zewnątrz, a nie ulegają śródkomórkowemu rozpuszczeniu, zaś zasadochłonne składniki protoplazmy krwinek (zasadochłonne uziarnienie, polichromazja) nie pozostają w związku genetycznym z jądrem komórkowym, lecz są pochodzenia protoplazmatycznego. *B. Petryński* (Lwów).

Do zagadnienia możności wpływania na tarczycę dziecka przez stosowanie jodu u matki przed i w czasie ciąży. E. BERNHARD. Helv. M. Acta. T. 2. Z. 5. Str. 605—619. 1935—1936 r.

Autor przeprowadził szereg badań histologicznych tarczyc płodów. Wobec tego, że materiał własny autora był dość mały (67 przypadków) a koniecznym było podzielenie go na szereg grup (zależnie od tego, czy matka sama była dotknięta wolem, czy pochodziła z rodziny „wolowatej", z okolic wolem nagminnie czy sporadycznie nawiedzanych, zależnie od czasu rozpoczęcia zapobiegania jodowego itd.) — wyciągnięcie zdecydowanych wniosków okazało się trudnym. Wartość zapobiegania jodowego na podstawie materiału autora na pozór problematyczna, w świetle większego materiału może okazać się większa. *B. Petryński* (Lwów).

O działaniu eufiliny w doświadczalnym zamknięciu naczyń wieńcowych. MOHAIM-ROTHBERGER. Helv. M. Acta. T. 2. Z. 6. Str. 687—701. 1935—1936 r.

Dla uzyskania przedmiotowej oceny wpływu eufiliny na doświadczalny zawał serca (podwiązanie gałązek tętnic wieńcowych) autorowie rejestrowali krzywe Ekg. Elektrokardiogram typowy dla zawału serca zmieniał się bezpośrednio po wstrzyknięciu dożylnym dużych dawek eufiliny (około 50 g na kg wagi) na prawidłowy lub przynajmniej znacznie się do niego zbliżał. Działanie eufiliny wyczerpywało się po kilku minutach, po których Ekg wracał do postaci charakterystycznej dla zawału serca. Spadek ciśnienia w naczyniach obwodowych trwał dłużej, niż poprawa po Ekg. Późniejszym następstwom zawału eufilina nie zapobiegała. Eufilina działa na zawał serca przez udrożnienie krążenia obocznego, o czym świadczy zmniejszanie się i zacieranie granic zawału, zjawisko to — i zmiany w Ekg — nie ustępują, gdy kilkakrotne podwiązanie naczyń uniemożliwi krążenie oboczne. Eufilina działa na ściany naczyń bezpośrednio, nie przez nerwy przyspieszające, a działanie jej występuje też po ich przecięciu. Natychmiastowa poprawa po eufilinie świadczy, że tętniczki, stanowiące połączenie oboczne z obszarem zawału znajdują się w stanie tonicznego skurczu, co jest ich stanem fizjologicznym. *B. Petryński* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Przetoka odbytnicowa i gruźlica płuc. J. TUCHILA. Ann. de méd. T. 40. Nr 2. 1936.

Autor przedstawia 15 chorych, operowanych z powodu przetoki odbytnicowej. Wszyscy ci chorzy średniego wieku, byli dokładnie badani i u żadnego z nich nie znaleziono ani fizykalnie, ani rentgenologicznie zmian w płucach. Jednak u wszystkich tych chorych rozwinęła się gruźlica płuc, której początek pojawił się między 7—120 dniem od wystąpienia przetoki odbytnicowej. Przyczyną rozwoju gruźlicy jest prawdopodobnie anergia pooperacyjna, której istnienie potwierdziły liczne dodatnie odczyny Pirqueta.

Zdaniem autora anergia ta jest wybitniejsza i niewątpliwa u tych, którym w czasie zabiegu operacyjnego stosowano narkozę ogólną eterową, lub chloroformową, mniejsza zaś u chorych operowanych w znieczuleniu miejscowym. W końcu autor twierdzi, że stan chorych przeznaczonych do operacji należy wzmacniać przed zabiegiem, a po zabiegu przynajmniej przez rok mieć tych chorych w obserwacji. *Z. Webersfeld* (Lwów).

Nowe badania hodowli prątków Kocha w gruźliczym wysięku opłucnowym. F. DWELSHAUVERS. Ann. de méd. T. 40. Nr 2. 1936.

Trudność wyhodowania prątków Kocha z surowiczo-włóknikowych i ropnych wysięków gruźliczych w jamie opłucnowej, skłoniła autora do wykonania szeregu badań w tym kierunku. Ponieważ przypuszczano, że trudności te nastręczają się wskutek obniżenia pH wysięku, używał do tego celu specjalnej pożywki Loewensteina z domieszką kwasu, utrzymaną stale na poziomie pH = 7.4.

Dłuższe badania kliniczne i bakteriologiczne wykazały istnienie w wysięku opłucnowym przeciwciał, wywołujących rozpuszczenie się prątków Kocha. Jest to jednak trudnym do wykazania *in vitro*, wskutek trudności zachowania dokładnie takich warunków, jak *in vivo*. *Z. Webersfeld* (Lwów).

Owrzodzenia jamy ustnej w przebiegu gorączki durowej. R. POINSO, A. LUMBROSSO. Ann. de méd. T. 40. Nr 1. 1936.

W przebiegu gorączki durowej występują owrzodzenia jamy ustnej (podniebienie, język, wargi) lub gardła i krtani. Owrzodzenia te są tak częste, że mają znaczenie rozpoznawcze.

Dzielimy je na 3 typy: najbardziej znane, opisane przez Bouveret i Duguet, obejmujące łuki przednie podniebienia, pojawiają się w drugim tygodniu choroby równocześnie z różyczką, są powierzchowne i ustępują w 8—10 dniu choroby. Powstawanie ich tłumaczy się septikemią Ebertha. Niektórzy autorzy twierdzą, że pojawiają się one równocześnie z owrzodzeniem jelita, jednak to nie zostało stwierdzone. Wielu z tych chorych wyzdrowiało bez żadnych powikłań.

Drugi typ owrzodzeń opisanych przez Devic'a, obejmuje przede wszystkim język. Pojawia się później niż poprzednie, bo w około 15 dniu choroby, owrzodzenia są głębsze i bardziej rozlane, zabliźniają się powoli, niekiedy nawet dopiero w okresie zdrowienia. Nie są one wyrazem septikemii, jak poprzednie, lecz są wywołane przez czynniki miejscowe, jak: odwodnienie, ucisk na pewne części języka przez zęby, zakażenia wtórne i brak higieny jamy ustnej wskutek długotrwałego leżenia. Znaczenie prognostyczne tych owrzodzeń jest różne, mogą ustępować, dawać nawroty, stwierdzono również w kilku wypadkach śmierć wskutek krwawień jelitowych, równocześnie z pojawieniem się świeżych owrzodzeń.

Trzeci rodzaj, to owrzodzenia Louis'a, dotyczące przeważnie krtani i gardła. Występują w końcowym okresie ciężkich gorączek, w których już stwierdza się owrzodzenia skórne. Te przypadki są w 90% śmiertelne. *Z. Webersfeld* (Lwów).

Czy próżnia w jamie opłucnowej jest wielkością określoną i zmierzoną? E. RIST, A. STROHL. Ann. de méd. T. 40. Nr 2. 1936.

Wolna przestrzeń w jamie opłucnowej istnieje tylko w razie wykonania sztucznej odmy. Normalnie oba listki opłucnej stykają się ze sobą, nie obejmując żadnej wolnej przestrzeni. Istnieje jednak między nimi ciśnienie tzw. kontaktowe, niższe od ciśnienia atmosferycznego, dające się zmierzyć manometrem. Twierdzenie powyższe autorzy popierają całym szeregiem praw fizycznych. *Z. Webersfeld* (Lwów).

Neurologiczna postać raka szczytu płuc. Porażenie bolesne splotu barkowego z zespołem Claude-Bernard-Horner. G. GUILLAIN i J. STERN. Ann. de méd. T. 40. Nr 2. 1936.

Autorzy opisują kilka przypadków raka umiejscowionego w szczycie płuc, charakteryzującego się objawami neurologicznymi. Typowe są tu nerwobóle napadowe w zakresie C_8 i D_{II}, połączone z wyraźnym objawem Hornera po tej stronie.

Badanie radiologiczne wykazało we wszystkich przypadkach zaciemnienie w szczycie, wyraźnie odgraniczone od reszty miąższu płucnego zupełnie zdrowego. Badaniem histologicznym stwierdzono gruczolako-raka. *Z. Webersfeld* (Lwów).

Niegośćcowe zwężenie tętnicy głównej. L. GALLAVARDIN. Journal de méd. de Lyon. Nr 401. 1936.

Spośród schorzeń tętnicy głównej pochodzenia wsierdziowego, należy odróżnić grupę czystych zwężeń, z wyraźnym szmerem i drżeniem, do których w 30% przypadków dołącza się lekki szmer rozkurczowy. Przyczyną tych schorzeń jest prawdopodobnie zakażenie (w żadnym razie nie gośćcowe) przebyte w wieku dziecięcym, lub nawet w życiu płodowym. Można tu dopatrzyć się analogii z chorobą Duroziez *(stenosis mitralis)*, lub wrodzonym zwężeniem tętnicy płucnej. W przebiegu prawie nigdy nie stwierdza się objawów niewydolności serca, czasem tylko lekkie zaburzenia czynnościowe pod postacią duszności wysiłkowej lub sinicy kończyn. *Z. Webersfeld* (Lwów).

Przyczynek do kliniki wewnętrznej męskiego i żeńskiego przekwitania. W. LOEWENSTEIN i A. WEISSMAN. W. m. W. Nr 2. Str. 44—46 i Nr 3. Str. 76—78. 1936.

Po przedstawieniu obrazu klinicznego męskiego i żeńskiego przekwitania, autorzy omawiają leczenie tych przypadków. U mężczyzn stosują z powodzeniem Androstinę „Ciba" w ilości 3—5 tabletek dziennie. Już po kilku dniach występuje u chorych wyraźna poprawa samopoczucia, wzmożenie sił fizycznych i sprawności umysłowej. W cięższych przypadkach nie wystarcza doustne podawanie preparatu, toteż w tych przypadkach stosowano wstrzykiwania wyciągu wodnego i oleistego jąder i stwierdzono szybką poprawę.

U kobiet skuteczny okazał się Prokliman; ponadto w stanach depresji z dobrym wynikiem stosowano Androstinę. Autorzy spostrzegli, że u mężczyzn występuje uderzająca poprawa po podawaniu hormonu jajnikowego, niekiedy nawet szybciej, niż po Androstinie; nie radzą jednak stosować go przez dłuższy czas, ponieważ nie jest wykluczone szkodliwe działanie hormonu jajnikowego na jądra. *Fr. Sienicki* (Warszawa).

Możliwości leczenia homoseksualizmu. P. ORŁOWSKI. Die med. Welt. R. 10. Str. 141. 1936.

Zapatrywania lekarzy na powstawanie tej choroby są podzielone. Jedni przyjmują czysto somatyczny (cielesny) punkt widzenia uważając, że każdy człowiek jest mniej lub więcej dwupłciowy, a w przypadkach homoseksualizmu płciowy hormon męski występuje w stopniu niedostatecznym. Inni lekarze przyjmują wyłącznie duchowy punkt widzenia, uważając każdego homoseksualistę za psychopatę. Lekarz praktyk przy leczeniu winien uwzględnić obydwa stanowiska. Autor odradza przeszczepienie jąder ze względu na przemijające działanie, celowe natomiast jest podawanie męskiego hormonu płciowego np. Androstiny w postaci tabletek lub wstrzykiwań. *Fr. Sienicki* (Warszawa).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

Znaczenie niektórych środków antyseptycznych w zapobieganiu ropienia ran zakażonych. W. BABUK. Centr. Ref. Medic. Żurn. T. XVIII. Z. 3. 1936.

Badania doświadczalne autora miały za zadanie skontrolowanie celowości przemywania ran zakażonych riwanolem, eterem i wodą utlenioną. Na 43 zwierzętach wykonano 208 prób. Rany wytworzone po obu stronach kręgosłupa przemywano 5 cm³ następujących płynów (strzykawką, pod niewielkim ciśnieniem): riwanol 1:1000 — ropienie w ranach doświadczalnych w 8.8%, w kontrolnych w 37.5%; eter — z 30 ran doświadczalnych zropiało 18, kontrolnych 12; woda utleniona — z 25 ran doświadczalnych zropiało 17, kontrolnych 13.

Autor stwierdza, że riwanol w rozczynie 1:1000—1:1500 jest dobrym środkiem zapobiegawczym; eter pogarsza gojenie rany; woda utleniona używana do przemywania świeżych ran nie przynosi korzyści. *M. Segal* (Lwów).

W sprawie leczenia wstrząsu hemolitycznego metodą Hesse-Fitatowa. L. ELJASZEWICZ. Centr. Ref. Med. Żurn. T. XVIII. Z. 3. 1936.

Trzy przypadki skutecznego leczenia wstrząsu hemolitycznego metodą H.-F. W pierwszym przypadku wstrząs wystąpił po przetoczeniu przez pomyłkę 100 cm³ krwi nieodpowiedniej grupy. Wstrząs wystąpił w 8—9 minut po skończonym przetaczaniu. W drugim przypadku wstrząs wystąpił po przetoczeniu krwi od dawcy „uniwersalnego". W trzecim przypadku wystąpił zespół objawów wstrząsu hemolitycznego u skrwawionej chorej, która otrzymała znaczną ilość własnej krwi shemolizowanej z jamy brzusznej. Objawy wstrząsu wystąpiły po 48 godzinach a towarzyszyła im ciężka niedomoga nerek.

We wszystkich przypadkach zastosowano przetaczanie dużych ilości krwi odpowiedniej grupy, z doskonałym wynikiem. *M. Segal* (Lwów).

Higiena i medycyna społeczna.

Czy monopol spirytusowy jest potrzebny? A. IŻYCKI. Trzeźwość. R. XI. 1. 1936.

W krótkim i rzeczowo napisanym artykule występuje autor, były senator, w namiętny sposób przeciw monopolowi spirytusowemu w Polsce. Autor uważa, iż jest on potrzebny przede wszystkim urzędnikom tegoż monopolu, oraz że istnienie jego ułatwia — do pewnego stopnia — pracę ministrowi Skarbu. W sposób ostry dyskutuje Iżycki z byłym dyrektorem Państwowego Monopolu Spirytusowego inż. J. Kuroczyckim, który w artykułach umieszczonych w „Kurierze Porannym" usiłował przekonać czytelników tego organu, że monopol jest nie tylko potrzebny i niezbędny, ale że jest niemal błogosławieństwem narodu, że „rozszerzenie monopolu spirytusowego powinno być nie tylko usprawiedliwione, lecz uważane za konieczną potrzebę, gdyż z jednej strony zapewni Państwu dochód, z drugiej zaś strony — skuteczną broń do zwalczania klęski alkoholizmu". Pod koniec swego artykułu przytacza autor słowa marszałka Piłsudskiego, który wyraził się, że „przy bojkocie monopoli zmniejsza się pijaństwo, co także nie jest złe". *Z. Bieliński* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Polska Akademia Umiejętności.
IV Wydział Lekarski.

Posiedzenie z dnia 20 listopada 1936 w Warszawie, w gmachu Towarzystwa Naukowego Warszawskiego.

Przewodniczący: wicedyrektor W. Orłowski.

Czł. A. Beck i W. Orłowski przedstawiają pracę p. F. Krajewskiego pt.: *Wpływ różnych diet na czynność wydzielniczą błony śluzowej żołądka. Doniesienie I. Wpływ diety białkowo-tłuszczowej Jarockiego.*

Autor przeprowadził badania wpływu diety białkowo-tłuszczowej Jarockiego i jej składników w 36 doświadczeniach na trzech psach z wyodrębnionym małym żołądkiem metodą Heiden-

hain-Pawłowa, zbierając sok z małego żołądka co 15 minut i oznaczając w nim kwaśność ogólną, wolny kwas solny, kwas solny luźno związany oraz zawartość pepsyny.

Okazało się, że:

1. Surowe białko jaja kurzego nie wywołuje u psa wydzielania soku żołądkowego, albo wywołuje wydzielanie tylko nieznacznych jego ilości w stosunku do ilości soku żołądkowego, wywołanego wlaniem do dużego żołądka soku ze świeżej kapusty, przy czym kwaśność soku żołądkowego, wydzielonego po białku jaja, jest znacznie niższa niż soku żołądkowego, wydzielonego po soku z kapusty.

2. Na białko surowe jaja, zjedzone po poprzednim wlaniu do dużego żołądka 200 cm³ wody wodociągowej o ciepłocie 40⁰, żołądek oddziaływa skróceniem okresu utajonego oraz zmniejszeniem się ogólnej ilości soku żołądkowego i zawartości w nim pepsyny. Czas wydzielania soku nie ulega zmianie. Jeżeli następuje wydzielanie wolnego kwasu solnego, to w ilości mniejszej niż po soku ze świeżej kapusty, większej jednak niż po samym białku jaj.

3. W porównaniu do białka jaj masło deserowe wywołuje wydzielanie soku żołądkowego w mniejszej ilości, przy czym wydzielanie trwa dłużej, a kwaśność soku jest wyższa.

4. Masło deserowe, zjedzone po poprzednim wlaniu do dużego żołądka 200 cm³ wody wodociągowej o ciepłocie 40⁰, wywołuje wydzielanie mniejszej ilości soku żołądkowego w stosunku do doświadczenia z samym masłem.

5. Białko surowe jaj oraz masło, zjedzone w tym samym dniu w odstępie sześciogodzinnym, jak również białko surowe jaj oraz masło, zjedzone tegoż dnia w odstępie sześciogodzinnym, ale po poprzednim wlaniu (na pół godziny przed białkiem i masłem) do dużego żołądka wody wodociągowej, wpływają na czynność wydzielniczą błony śluzowej żołądka tak, jak podane na czczo.

6. Białko surowe jaj oraz masło deserowe, zjedzone równocześnie, wywołują wydzielanie dużej ilości soku żołądkowego, mniejszej jednak niż sok świeżej kapusty i przedłużają znacznie czas wydzielania soku żołądkowego; wywołują wydzielanie dwufazowe soku żołądkowego, zależne od wydzielania odruchowego z dwunastnicy; wywołują wydzielanie soku żołądkowego o dużej kwaśności, zbliżonej do kwaśności soku żołądkowego po soku ze świeżej kapusty; sok ten ma mniejszą siłę trawienną, niż sok po samym maśle.

7. Białko surowe jaj i masło deserowe, zjedzone po wlaniu na pół godziny przed tym do dużego żołądka wody wodociągowej, wywołują wydzielanie prawie takiej samej ilości soku żołądkowego, jak samo białko i masło, razem spożyte. Sok ten ma nieco wyższy stopień kwaśności ogólnej oraz większą siłę trawienną niż sok, wywołany spożyciem równoczesnym samego białka z masłem.

Na zasadzie wyników, otrzymanych przy stosowaniu ośmiodniowym diety białkowo-tłuszczowej Jarockiego: 1) w postaci klasycznej, 2) z dwukrotnym wlewaniem codziennie po 200 cm³ wody wodociągowej o ciepłocie 40⁰ do dużego żołądka na pół godziny przed białkiem i przed masłem i 3) z podawaniem 400 cm³ wody wodociągowej przez noc, autor dochodzi do wniosku, że dieta klasyczna białkowo-tłuszczowa Jarockiego obniża znacznie wydzielanie błony śluzowej żołądka, najwyższy stopień wolnego kwasu solnego oraz kwaśności ogólnej, zwiększa nieco najwyższy stopień kwasu solnego luźno związanego oraz ilość pepsyny w soku żołądkowym i wywołuje znaczny spadek wagi zwierzęcia. Ta sama dieta, uzupełniona wlewaniem codziennie po 200 cm³ wody wodociągowej na pół godziny przed każdym pokarmem, wywołuje mniejszy spadek wagi psa i obniża ilość soku i jego kwaśność mniej niż klasyczna dieta Jarockiego. Natomiast dieta Jarockiego, połączona z podawaniem psu wieczorem wody, zmniejsza wydzielanie soku żołądkowego więcej niż dieta klasyczna, a mniej niż ta sama dieta, połączona z wlewaniem dwukrotnym wody wodociągowej; kwaśność ogólną zmniejsza mniej niż dieta klasyczna, a więcej niż dieta połączona z dwukrotnym wlewaniem wody wodociągowej; wreszcie wolny kwas solny zmniejsza mniej niż obie poprzednie diety.

Po odstawieniu diety czynność wydzielnicza błony śluzowej żołądka pozostaje jeszcze przez kilka dni obniżona.

Ujemną stroną diety jest podawanie chorym zbyt dużej ilości masła na raz (do 200 g), co wywołuje nieraz odbijanie i zgagę. Wobec braku węglowodanów masło zjedzone w dużej ilości nie ulega całkowitemu spaleniu. Przeładowanie ustroju niedopałkami kwaśnymi (acetonem i kwasem acetooctowym) wywołuje zwichnięcie równowagi kwasowo-zasadowej. Brak płynu wywołuje po kilku dniach zaburzenia ogólne, objawiające się uczuciem wysychania w ustach, ogólnym osłabieniem i apatią.

Te ujemne strony diety klasycznej Jarockiego można zmniejszyć, uzupełniając ją podawaniem wieczorem wody wodociągowej. Wody nie należy podawać przed samym posiłkiem, bo woda zmieszana z tłuszczem wywołuje zamknięcie odźwiernika i odruchowe wydzielanie soku żołądkowego, a z białkiem staje się dość silnym bodźcem wydzielniczym.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witołd Orłowski).

Czł. A. Beck i W. Orłowski przedstawiają pracę p. F. Krajewskiego pt.: *Wpływ różnych diet na czynność wydzielniczą błony śluzowej żołądka. Doniesienie II. Wpływ „drugiej diety" Jarockiego.*

Autor podaje wyniki dalszych badań wpływu diety Jarockiego. Przede wszystkim zbadał w 28 doświadczeniach na 2 psach środki spożywcze, wchodzące w skład drugiej diety Jarockiego i doszedł do wniosków następujących:

1. Kleik ze 100 g płatków owsianych w stosunku do kleiku z 50 g płatków i 200 cm³ soku z kapusty nie zmienia okresu utajonego i czasu wydzielania w stosunku do kleiku z 50 g płatków, a przedłuża je w stosunku do kapusty; zwiększa ilość soku i jego kwaśność w stosunku do kleiku z 50 g płatków, a zmniejsza ilość soku i obniża kwaśność w stosunku do soku z kapusty.

2. Kleik ze 100 g płatków owsianych z 50 g masła w stosunku do kleiku ze 100 g płatków bez masła oraz soku z kapusty przedłuża nieco okres utajony, przedłuża znacznie czas wydzielania soku; zmniejsza ilość soku żołądkowego w stosunku do soku z kapusty, zwiększa ją natomiast w stosunku do kleiku bez masła; obniża kwaśność soku, zmniejsza ilość białka; zwiększa ilość pepsyny w stosunku do soku z kapusty, a zmniejsza w stosunku do kleiku bez masła.

3. Kleik z 50 g płatków owsianych z 50 g masła w stosunku do kleiku z 50 g płatków bez masła oraz soku z kapusty przedłuża czas wydzielania, zmniejsza ilość soku w stosunku do kapusty, a zwiększa w stosunku do kleiku; podwyższa kwaśność soku w stosunku do samego kleiku, a obniża w stosunku do kapusty; zwiększa ilość białka i pepsyny.

4. Kleik z 50 g płatków owsianych z dodatkiem 2 g soli kuchennej w stosunku do kleiku z 50 g płatków z masłem oraz bez masła nie zmienia czasu wydzielania w stosunku do kleiku, a skraca w stosunku do kleiku z masłem; zmniejsza ilość soku żołądkowego; nie zmienia prawie kwaśności soku w stosunku do kleiku, a zmniejsza w stosunku do kleiku z masłem: zmniejsza ilość pepsyny.

5. Kleik z 50 g płatków owsianych z dodatkiem 50 g masła i 2 g soli: w stosunku do samego kleiku, kleiku z masłem, kleiku z solą przedłuża czas wydzielania soku, zwiększa jego ilość; wywołuje wydzielanie soku o kwaśności wyższej niż po kleiku z solą, oraz prawie takiej samej, jak po kleiku z masłem; wywołuje wydzielanie większej ilości pepsyny w pierwszych porcjach niż kleik z solą, natomiast mniejszej niż sam kleik oraz kleik z masłem.

6. Kleik z 50 g kaszy perłowej z 50 g masła w stosunku do kleiku z 50 g płatków owsianych z 50 g masła wywołuje krótszy czas wydzielania małej ilości soku o niskim stopniu kwaśności.

7. Kompot z cukrem w stosunku do kompotu bez cukru i soku z buraków: skraca wydzielanie soku żołądkowego w stosunku do kompotu bez cukru, a przedłuża w stosunku do soku z buraków, zmniejsza ilość soku, zwiększa kwaśność soku w stosunku do kompotu bez cukru, a zmniejsza w stosunku do soku z buraków.

8. 8% roztwór cukru w stosunku do soku z buraków skraca czas wydzielania, zmniejsza ilość soku żołądkowego, obniża kwaśność soku i zmniejsza ilość białka.

W drugiej części pracy badał autor w 42 doświadczeniach wpływ stosowania drugiej diety Jarockiego w ciągu 11 tygodni na wydzielanie żołądkowe psa. Dla jaśniejszego przedstawienia wyników badania podzielił dietę tak, jak to się stosuje w II Klinice Chorób Wewnętrznych, na szereg podokresów.

W pierwszym podokresie białkowo-tłuszczowo-mącznym, stosowanym w ciągu 2 tygodni, pies otrzymywał o godz. 8 rano białko z 8 surowych jaj kurzych, o godz. 14 kleik z 50 g płatków owsianych z 50 g masła oraz 250 cm³ kompotu, o godz. 19 kleik z 50 g płatków owsianych ze 100 g masła. W drugim podokresie, mączno-tłuszczowym, stosowanym w ciągu 1 tygodnia o godz. 8 kleik z 50 g płatków owsianych z 50 g masła, o godz. 14 50 g kaszy perłowej z 50 g masła oraz 250 cm³ kompotu, o godz. 19 50 g kaszy perłowej z 50 g masła. W trzecim podokresie tłuszczowo-jarzynowo-mącznym, stosowanym w ciągu 3 tygodni o godz. 8 50 g kaszy perłowej z 50 g masła o godz. 10 50 g kaszy z 25 g masła, o godz. 14 200 cm³ zupy

ziemniaczanej, 100 g *purée* z buraków z 50 g masła oraz 250 cm³ kompotu, o godz. 19 50 g kaszy perłowej z 25 g masła. W czwartym podokresie tłuszczowo-jarzynowo-mączno-mięsnym, stosowanym w ciągu 3 tygodni, o godz. 8 50 g kaszy perłowej z 50 g masła, o godz. 10 50 g kaszy perłowej z 25 g masła, o godz. 14 to samo, co w podokresie trzecim z dodaniem 100 g gotowanego mięsa, o godz. 19 100 g kaszy perłowej z 25 g masła. W podokresie piątym pies spożywał to samo, co w czwartym, z dodatkiem 10 g soli kuchennej dziennie.

W przeddzień rozpoczęcia drugiej diety Jarockiego zbadał autor wydzielanie żołądkowe po soku z buraków, następnie mniej więcej raz na tydzień badał całodzienne wydzielanie żołądkowe psa po diecie, a nazajutrz znów badał wydzielanie po soku z buraków.

Stwierdził, że w porównaniu do pierwszego dnia diety białkowo-tłuszczowo-mącznej po 2 tygodniach jej stosowania średnia 15-minutowa ilość soku po śniadaniu zmniejszyła się o 22%, wolny kwas solny wzrósł o 6%, a kwaśność ogólna o 7%; po obiedzie ilość soku wzrosła o 12%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego obniżył się o 8%, a stopień kwaśności ogólnej nie uległ zmianie; po pożywieniu wieczornym ilość soku zmniejszyła się o 25%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego obniżył się o 7%, a kwaśności ogólnej o 9%; po drugim podokresie ilość ogólna soku po pożywieniu porannym zwiększyła się, a 15-minutowa zmalała o 48%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego obniżył się o 2%, a kwaśności ogólnej wzrósł o 5%; po posiłku południowym ilość soku obniżyła się o 42%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego wzrósł o 6%, a kwaśności ogólnej o 5%, po wieczornym ilość soku obniżyła się o 65%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego obniżył się o 49%, a kwaśności ogólnej o 33%; po trzecim podokresie ilość soku po posiłku porannym opadła o 48%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego obniżył się o 15%, a kwaśności ogólnej o 7%; po posiłku południowym ilość soku wzrosła o 102%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego wzrósł o 27%, a kwaśności ogólnej o 17%; po posiłku wieczornym ilość soku obniżyła się o 38%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego o 7%, a kwaśności ogólnej o 10%; po podokresie czwartym ilość soku po porannym posiłku obniżyła się o 58%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego o 79%, a kwaśności ogólnej o 40%; po posiłku południowym ilość soku obniżyła się o 12%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego o 47%, a kwaśności ogólnej o 35%; po posiłku wieczornym ilość soku obniżyła się o 70%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego o 54%, a kwaśności ogólnej o 45%; po podokresie piątym ilość soku po posiłku porannym obniżyła się o 61%, kwasu solnego wolnego nie było w soku, a najwyższy stopień kwaśności ogólnej obniżył się o 71%; po posiłku południowym ilość soku obniżyła się o 43%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego o 71%, a kwaśności ogólnej o 53%; po posiłku wieczornym ilość soku obniżyła się o 57%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego o 21%, a kwaśności ogólnej o 24%.

W stosunku do wydzielania po soku z buraków w przeddzień drugiej diety Jarockiego po pierwszym podokresie ilość soku zwiększyła się o 138%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego o 6%, a kwaśności ogólnej nie zmienił się; po drugim ilość soku zwiększyła się o 273%, najwyższy stopień kwaśności ogólnej o 10%, a wolnego kwasu solnego o 15%; po trzecim ilość soku wzrosła o 195%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego obniżył się o 3%, a kwaśności ogólnej nie zmienił się; po czwartym ilość soku zwiększyła się o 2%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego obniżył się o 64%, a kwaśności ogólnej o 45%; po piątym ilość soku obniżyła się o 30%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego o 47%, a kwaśności ogólnej o 33%. Po 2 tygodniach pożywienia mieszanego ilość soku była jeszcze mniejsza o 19%, najwyższy stopień kwasu solnego wolnego o 35%, a kwaśności ogólnej o 19%.

A więc ilość i kwaśność soku żołądkowego po soku z buraków wzrastała podczas pierwszych tygodni diety, a następnie zmniejszała się i pozostała obniżona jeszcze po upływie 2 tygodni po jej odstawieniu. Dieta Jarockiego wywołuje zatem głębsze zmiany w ustroju.

Na podstawie swych doświadczeń autor stwierdza, że choć druga dieta Jarockiego daje w klinice dobre wyniki, to jednak niektóre jej potrawy nie przyczyniają się do zmniejszania wydzielania żołądkowego. Pożądane było by zmodyfikowanie jej przez podzielenie na okresy trwające najmniej po 2 tygodnie, zastąpienie kleiku z płatków owsianych kaszą perłową i podawanie chorym mięsa bez jarzyn w trzecim podokresie, a jarzyn dopiero w czwartym.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski i M. Franke przedstawiają pracę p. J. Fliederbauma pt.: *Badania wpływu gruczołów dokrewnych na gospodarkę wodną ustroju. Doniesienie III. Tarczyca.*

Badania wykonano na 9 psach. U psów zdrowych tyreogen i tyroksyna w doświadczeniu przewlekłym wywołują bilans wodny ujemny przy nieznacznym wzroście zapotrzebowania wodnego i znacznym zwiększeniu rozchodu wody głównie na drodze pozanerkowej. Ujemny bilans wodny jest następstwem zmniejszonego „zalegania wody"; natomiast ilość wody krążącej wzrasta. Wodochłonność skóry i zawartość odsetkowa wody w skórze zmniejszają się; nieznacznie zwiększają się wodochłonność krwi i przepuszczalność ściany naczyniowej. Zmiany te utrzymują się nieraz jeszcze w ciągu kilku dni po odstawieniu przetworów tarczycy.

W okresie niewydolności tarczycy po jej usunięciu wykrywa się zmniejszenie zapotrzebowania wodnego i rozchodu wody zarówno przez nerki, jak i na drodze pozanerkowej. Bilans wodny jest raczej dodatni. Ilość wody krążącej zmniejsza się. Wzrasta „zaleganie wody". Odsetkowa zawartość wody w skórze i wodochłonność skóry zwiększają się. Natomiast zmniejszają się wodochłonność i przepuszczalność ściany naczyniowej. Równocześnie wykrywa się we krwi względną globulinemię i cholesterolemię, w skórze zaś zwiększenie chloru. Wszystkie te zmiany zmniejszają się po zastosowaniu przetworów tarczycy — tyreogenu i tyroksyny.

W doświadczeniu doraźnym ze wstrzyknięciem dożylnym tyroksyny, zwłaszcza psom pozbawionym tarczycy, stwierdza się, że niejednokrotnie tyroksyna wywołuje zmiany w zakresie gospodarki wodnej wcześniej, niż objawia się jej działanie na spoczynkową przemianę materii, na gospodarkę białkową, węglowodanową, tłuszczową, lipoidową, kwasozasadową i chlorową. Wpływ przetworów tarczyc na te ogniwa przemiany materii stwierdza się dopiero przy dłuższym stosowaniu przetworów, a więc w drugiej fazie ich działania.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski i M. Franke przedstawiają pracę p. J. Fliederbauma pt.: *Badania wpływu gruczołów dokrewnych na gospodarkę wodną ustroju. Doniesienie IV. Gruczoły przytarczyczne.*

Badania dokonano na 10 psach. U psów prawidłowych wyciąg gruczołów przytarczycznych wywołuje zwiększone zapotrzebowanie wody i zwiększony rozchód wody, zwłaszcza z moczem. Bilans wodny jest przy tym prawie zrównoważony. Równocześnie stwierdza się zmianę w rozmieszczeniu wody w ustroju — wzrost ilości wody krążącej i zmniejszenie „zalegania wody". Wodochłonność skóry zmniejsza się.

W doświadczalnej niewydolności gruczołów przytarczycznych, wywołanej ich usunięciem, wykrywa się dodatni bilans wodny ze zmniejszonym dowozem wszystkich frakcyj wody pochodzącej z zewnątrz (egzogen) oraz z jeszcze bardziej zmniejszonym rozchodem wody przez nerki i na drodze skórnopłucnej. „Zaleganie wody" wzrasta, ilość wody krążącej zmniejsza się. Zawartość odsetkowa wody w skórze zwiększa się, we krwi obniża się. Wodochłonność skóry i — w mniejszym stopniu — osocza krwi wzrasta. Stosowanie wyciągu gruczołów przytarczycznych usuwa ten zespół zaburzeń wodnych.

Prócz tego badano wpływ alkalozy ługowej na psa zdrowego, doraźny wpływ wyciągu gruczołów przytarczycznych usuwa ten zespół zaburzeń wodnych.

Prócz tego badano wpływ alkalozy ługowej na psa zdrowego, doraźny wpływ wyciągu gruczołów przytarczycznych na tężyczkę pooperacyjną oraz wpływ stosowania chlorku amonu i chlorku wapnia u psów pozbawionych gruczołów przytarczycznych.

Przy rozbiorze wyników badań nie wykryto korelacji między zmianami w gospodarce wodnej a zaburzeniami w gospodarce kwasowo-zasadowej, wapniowej, azotowej, tłuszczowej, lipoidowej i węglowodanowej.

Nie ma również związku między magazynowaniem wody przez mięśnie prążkowane a zaburzeniami gospodarki wodnej, wykrytymi w tężyczce doświadczalnej. Nasuwająca się w związku z wynikami niniejszych doświadczeń teoria hydratacyjna tężyczki wymaga dalszych badań.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski i M. Franke przedstawiają pracę p. J. Fliederbauma pt.: *Badania wpływu gruczołów dokrewnych na gospodarkę wodną ustroju. Doniesienie V. Jajniki i jądra.*

Jajniki usunięto u 5 suk, jądra u 5 psów.

Zespół doświadczalnej niewydolności jajników rozwija się później, niż zmiany po usunięciu innych gruczołów dokrewnych, przy czym po fazie ujemnej, w której wykrywa się skłonność do zatrzymywania wody w ustroju, stwierdza się fazę dodatnią, fazę wyrównania, nieraz nadmiernego. Na szczycie zaburzeń wodnych stwierdza się zmniejszone zapotrzebowanie i zmniejszone wydalanie wody, zwłaszcza z moczem. Ilość wody krążącej z osoczem zmniejsza się, natomiast wzrasta „zaleganie wody", zwiększa się uwodnienie skóry. Wodochłonność skóry wzrasta, krwi zmniejsza się. Równocześnie stwierdza się gromadzenie się tłuszczu podskórnego, obniżenie poziomu albumin, wzrost globulin i cholesterolu we krwi, zwiększenie zawartości chloru w skórze.

Również po usunięciu jąder u psów stwierdza się takie same zmiany w gospodarce wodnej.

Przetwory jajnikowe i jądrowe nie wpływały jednolicie na gospodarkę wodną zdrowych suk i psów; u suk wytrzebionych przetwory jajnikowe (owaroestryna i folikulina) wzmagały zapotrzebowanie i wydalanie wody, zwłaszcza z moczem przy bilansie wodnym zrównoważonym, ujemnym lub dodatnim.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski i S. Dąbrowski przedstawiają pracę p. W. Markerta pt.: *Badania amoniaku we krwi u ludzi. Doniesienie IV. Amoniak we krwi w różnych stanach chorobowych.*

Autor omawia w tym doniesieniu wyniki badań zawartości amoniaku we krwi żylnej w przypadkach: 1) ciężkich żółtaczek, wywołanych sprawą nowotworową wątroby lub dróg żółciowych, sprawą zapalną dróg żółciowych lub czynnikami mechanicznymi, utrudniającymi odpływ żółci; 2) uszkodzenia miąższu wątroby na tle kiły i marskości tego narządu; 3) otruć środkami żrącymi (wśród nich 2 przypadki otrucia amoniakiem) i nasennymi, w których krew pobierano w stanie nie rokującym wyzdrowienia; 4) zapalenia płuc, zgorzeli i gruźlicy płuc; 5) niewydolności krążenia z przekrwieniem biernym wątroby; 6) ciąży, nerczycy ciężarnych i rzucawki porodowej; 7) innych jednostek chorobowych.

We wszystkich tych przypadkach autor nie stwierdził wzmożenia zawartości amoniaku.

Wobec dość trudnej techniki oznaczania zawartości amoniaku we krwi, powstawania amoniaku podczas ruchów mięśniowych, zdolności amoniakotwórczej samej krwi, łatwości powstawania zanieczyszczeń destylatu, w którym oblicza się zawartość amoniaku, należy bardzo ostrożnie zarówno oceniać wyniki, które wskazują na wzmożenie amoniaku we krwi u ludzi w różnych stanach chorobowych, jak i komentować ich wartość kliniczną.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski przedstawia pracę własną pt.: *Patogeneza przewlekłej niewydolności krążenia.*

Przez długi okres czasu utrzymywano, że przewlekła niewydolność krążenia zależy od zmian organicznych mięśnia sercowego, rzadziej od zaburzeń czynnościowych serca lub zmian w jego układzie nerwowym. Z biegiem czasu nagromadziły się jednak spostrzeżenia kliniczne, których nie można wytłumaczyć samą tylko teorią mechaniczną powstawania przewlekłej niewydolności krążenia, popartą nawet współudziałem tzw. serca obwodowego. Spostrzeżenia te były dla autora pobudką do zainicjowania w kierowanej przez niego klinice rozległych badań stanu procesów biochemicznych u ludzi ze zdrowym układem krążenia oraz w przewlekłej niewydolności krążenia w przebiegu chorób serca i innych narządów, wreszcie u chorych na serce ze zrównoważonym krążeniem. Poprzedzone badaniami pojemności minutowej i skurczowej serca oraz ilości krwi krążącej badania te dotyczyły pojemności tlenowej krwi, zużycia tlenu na obwodzie, zachowania się białek krwi, podstawowej przemiany materii, przemiany węglowodanowej, tłuszczowej, mineralnej i równowagi kwasowo-zasadowej. W ten sposób stwierdzono, że przewlekłą niewydolność krążenia cechują nie tylko zmiany w układzie krążenia, ale także liczne zaburzenia w całym ustroju. Zaburzenia te, aczkolwiek rzadkie i w stopniu słabszym, stwierdza się tam w okresie wydolności krążenia. W dalszych badaniach stwierdzono, że leki, usuwające niewydolność krążenia, wywierają wyraźne działanie na przemianę materii, wreszcie że surowica krwi w przewlekłej niewydolności krążenia, w przeciwieństwie do surowicy krwi osób ze zrównoważonym układem krążenia, pobudza wzrost fibroblastów.

Na podstawie tych danych autor dochodzi do wniosku, że przewlekła niewydolność krążenia nie jest samą tylko *myopatia cordis,* lecz stoi w związku z licznymi zmianami czynnościowymi w całym ustroju *(organopathia universalis),* wywołanymi czynnikami szkodliwymi, dotychczas jeszcze nie wykrytymi. Pogląd ten został przez autora po raz pierwszy wygłoszony w r. 1930.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski).

Czł. W. Orłowski i S. Przyłęcki przedstawiają pracę pp. S. Sierakowskiego i K. Kozieradzkiego pt.: *Glikokol jako środek regulujący kwaśność zawartości żołądka.*

Najprostszy z aminokwasów, glikokol (CH_2NH_2COOH) jest bardzo silnym moderatorem oddziaływania w zakresie pH 1.2—2.4. W pracy niniejszej podjęto myśl wyzyskania tej jego cechy dla regulowania kwaśności zawartości żołądka. Wystarczy dodać 1 g glikokolu do 280 cm³ zawartości żołądka, której L wynosi 100°, aby zmniejszyć jej kwaśność do około 40° wolnego kwasu solnego, tj. aby przesunąć jej pH z 1.0 do 1.4. Kwas solny wiąże się bowiem z glikokolem na chlorowodorek, dzięki czemu w badanej zawartości wzrasta ilość związanego kwasu solnego (C), a maleje L. Ponieważ badania na zawartościach żołądkowych przerobione *in vitro* dały wyniki bardzo zachęcające, przeprowadzono badania na chorych z nadkwaśnością i niedokwaśnością. W ogóle wykonano 51 cząstkowych badań żołądka w 15 przypadkach. U wszystkich chorych wykonywano naprzód cząstkowe badanie zawartości żołądka po śniadaniu prof. W. Orłowskiego (200 cm³ soku świeżej kapusty), oznaczając w każdej pobranej cząstce kwas solny wolny, kwas solny związany i ogólną kwaśność metodą Michaelisa, oraz pH metodą elektrometryczną. Następnie przeprowadzono powtórne badania, podając w przypadkach bezkwaśności lub niedokwaśności, chlorowodorek glikokolu wraz z sokiem kapusty, w przypadkach zaś nadkwaśności glikokol, bądź równocześnie z sokiem kapusty, bądź w pewien czas po jego wprowadzeniu. Rozważając wyniki swych badań, autorzy dochodzą do wniosku, że glikokol może służyć jako dobry środek do zwalczania nadkwaśności i że nie posiada tych stron ujemnych, które często stwierdzamy przy podawaniu najbardziej rozpowszechnionych środków z grupy *antacida,* jak dwuwęglan sodowy, węglan magnezowy i wapniowy, tlenek magnezowy, krzemian glinowy, woda utleniona i inne. Chlorowodorek glikokolu może służyć zamiast rozcieńczonego kwasu solnego *(ac. hydrochloricum dilutum)* w przypadkach bezkwaśności, niedokwaśności i opóźnionego wydzielania, przy czym zaletą jego w porównaniu z kwasem solnym byłaby możność podawania go w większym stężeniu i w stosunkowo większej ilości.

(Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: prof. dr Witold Orłowski, oraz z Państwowego Zakładu Higieny. Dyrektor: doc. dr Gustaw Szulc).

Czł. S. Dąbrowski i S. Przyłęcki przedstawiają pracę p. Z. Galinowskiego pt.: *Badania przemiany purynowej w chorobach miąższu wątrobowego. III. Przemiana kwasu moczowego pod wpływem obciążenia ustroju drożdżowym kwasem nukleinowym.*

Autor badał zachowanie się kwasu moczowego we krwi i dobowym moczu oraz wydalanie azotu ogólnego moczu w chorobach miąższu wątrobowego (4 przypadki żółtaczki miąższowej, 2 przypadki żółtaczki mechanicznej i po 1 marskości przerostowej wątroby i zapalenia dróg żółciowych) w 2-godzinnych odstępach czasu w dniu bezpurynowym i po doustnym podaniu 10—20 g drożdżowego kwasu nukleinowego. Przed i po obciążeniu określano w ciągu kilku dni ilości dobowe wydalanego kwasu moczowego i azotu. Wnioski autora są następujące:

I. W dniu bezpurynowym:

1) Wahania dzienne wydalania i poziomu kwasu moczowego we krwi mają zarysowaną okresowość, wskazującą na ograniczanie przemiany purynowej ustrojowej podczas nocy i nasilanie w porze dziennej; szczytowe wzmożenie przemiany najczęściej spostrzega się w godzinach popołudniowych.

2) Bieg wydalania azotu ogólnego podlega wahaniom okresowym, nie zawsze zgodnym z rytmem przemiany kwasu moczowego; najwyższe wartości wydalania przypadają na 1 połowę dnia lub na godziny popołudniowe; ku wieczorowi i w nocy natężenie wywozu słabnie.

3) Poziom kwasu moczowego we krwi waha się w granicach 7.3—32.7% od obliczonych średnich z całego dnia, obniżając się w porze przed południowej i wznosząc ponownie po południu i wcześniejszych godzinach rannych.

II. Po podaniu ciała nukleinowego o godz. 8 rano:

1) Wydalanie kwasu moczowego jest wzmożone podczas 1—2 dób: badani wydalali w postaci tego związku średnio 12.3% (5.8—28.1%) wprowadzonego azotu purynowego; rytm wydalania ulegał w dniu obciążenia różnym odchyleniom.

2) Przyrost wydalania azotu nie był zjawiskiem stałym, punkt szczytowy wydalania przesuwał się na godziny późniejsze.

3) Poziom urykemii wzrastał już po $^1/_2$ do 1 godziny po obciążeniu, osiągając wartość szczytową w 4—8 godz., a wracając do stanu pierwotnego w czasie 12—96 godz. od chwili spożycia kwasu nukleinowego.

III. Sprawność czynnościowa nerek w stosunku do kwasu moczowego u chorych na wątrobę jest wzmożona, wyrażając się w zdolności wysokiego stężania tego związku w moczu.

IV. Różnica w oddziaływaniu zdrowych i chorych wątrobowych na obciążenie kwasem nukleinowym polega na szybszej przeróbce tego ciała i sprawnym wydaleniu jego końcowego wytworu. Sposób oddziaływania jest jednak w swych szczegółach osobniczo różny i nie zdradza uchwytnej zależności od postaci i od obrazu klinicznego właściwej sprawy chorobowej. Być może, że podane ciało purynowe oddziaływa niekiedy pobudzająco na ustrojową przemianę nukleinową.

(Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Dyrektor: Prof. dr Zdzisław Gorecki).

Dok. nast.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia o przyznaniu zapomogi stypendialnej z funduszu im. Marii i Jana Giellerów D-rowi Wróblewskiemu Wincentemu i Dr Biesiekierskiej Jadwidze, za pracę naukową w szpitalach warszawskich.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

II posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 29 stycznia 1937. Porządek dzienny: 1) Kol. Ermich S.: W sprawie zapobiegania wystąpieniu zespołu Volkmana przez wycięcie uszkodzonego odcinka tętnicy ramieniowej (demonstr.). 2) Kol. Onyszkiewicz T.: Wodonercze wrodzone, jako przyczyna błędnego rozpoznania (demonstr.). 3) Kol. Rośmiderski S.: a) Kamień moczowodu, b) Restytucja czynnościowa i anatomiczna nerek po usunięciu kamienia pęcherza (demonstr.). 4) Kol. Jankowski J.: Pierwsze próby leczenia solami fluoru przewlekłych spraw stawowych (wykład).

XXXI Zebranie Wydziału Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk odbyło się dnia 29 stycznia 1937. Porządek obrad: 1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3. Wykład Prof. Dr Rudolfa Weigla (Lwów): Zarazek duru plamistego (istota i budowa).

Różne.

Z kraju.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, pragnąc podnieść poziom fachowy lekarzy, pracujących w przychodniach przeciwgruźliczych ubezpieczalni społecznych i usprawnić pomoc udzielaną ubezpieczonym w tych przychodniach, postanowił wszystkich lekarzy przychodni poddać specjalnemu przeszkoleniu praktycznemu w sanatoriach przeciwgruźliczych. Przeszkolenie wszystkich lekarzy ma trwać trzy miesiące. W związku z tym Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydał ubezpieczalniom społecznym odpowiednie instrukcje w sprawie skierowania lekarzy przychodni przeciwgruźliczych na przeszkolenie praktyczne do sanatoriów.

Ubezpieczalnia Społeczna w Warszawie zwiększyła od 1 grudnia ub. r. liczbę lekarzy domowych, ordynujących na terenie stolicy i powiatów podstołecznych o 5%. W ten sposób liczba lekarzy domowych Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie wzrosła do 264; liczba lekarzy specjalistów, ordynujących w przychodniach wynosi obecnie 175, ordynujących w zakładach 38 i lekarzy administracyjnych 15, co czyni razem 493 lekarzy. Zwiększenie liczby lekarzy o 5% ma na celu odciążenie lekarzy domowych od nadmiernej pracy wobec zwiększonej w obecnej porze zimowej zachorowalności wśród ubezpieczonych, a z drugiej strony ma za zadanie ułatwienie ubezpieczonym dostępu do lekarzy. Powiększenie liczby lekarzy domowych o 5% odpowiada przeciętnemu wzrostowi liczby ubezpieczonych.

Z końcem roku 1936 uległy likwidacji cztery ubezpieczalnie społeczne: w Jarosławiu, Tucholi, Kowlu i Dubnie. Liczba więc ubezpieczalni społecznych (z wyjątkiem Górnego Śląska) wynosi obecnie 61.

Dnia 23 stycznia b. r. odbyło się w Towarzystwie Higienicznym w Warszawie uroczyste otwarcie I cyklu odczytów o uzdrowiskach, przeznaczonych dla lekarzy. Inicjatorem i organizatorem odczytów jest Związek Uzdrowisk Polskich, który pragnie tą drogą obudzić większe niż dotychczas zainteresowanie wśród świata lekarskiego i prasy dla zagadnień lecznictwa uzdrowiskowego. Na prelegentów zaproszeni zostali najwybitniejsi znawcy lecznictwa uzdrowiskowego, praktykujący na miejscu, badający z punktu widzenia nauki bogactwa źródlane naszych zdrojowisk oraz specjalnie interesujący się ich walorami leczniczymi na terenie poszczególnych zdrojowisk. W czasie inauguracyjnego wieczoru prof. dr Kazimierz Pelczar profesor Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie wygłosił odczyt na temat „Podstawy lecznictwa zdrojowiskowego w Polsce ze specjalnym uwzględnieniem walorów leczniczych Truskawca". — 29 stycznia prof. dr Konrad Wagner wygłosił odczyt na temat „Wskazania i wartości lecznicze Krynicy", 5 lutego dr L. Łuka — „Znaczenie Rabki w lecznictwie klimatologiczno-zdrojowym", tegoż samego wieczoru dr Franciszek Paramończyk wygłosił odczyt na temat lecznictwa w Zaleszczykach, 12 lutego dr A. Kaczyński, lekarz zakładowy w Solcu Zdroju, wygłosi odczyt „Solec Zdrój w szeregu polskich i obcych zdrojowisk siarczanych". Tego wieczoru dr St. Typrowicz wygłosi odczyt na temat „Własności lecznicze Jastrzębia Zdroju".

Zestawienie frekwencji kuracjuszy w uzdrowiskach polskich, opracowane na zasadzie corocznie rozsyłanej ankiety Związku Uzdrowisk Polskich wykazuje jej rozwój w okresie od 1929 do 1935 roku. Dla przykładu zestawienie poniższe opracowane zostało na podstawie danych otrzymanych z 22 uzdrowisk, pomijając te z nich (nawet bardzo duże i popularne), które w wymienionym okresie czasu nie nadsyłały stale zestawień frekwencji kuracjuszy. W szczególności stwierdzono na tej podstawie, że w roku 1929 w 22 uzdrowiskach bawiło 115.659 kuracjuszy, w roku 1931 106.636 kuracjuszy. Spadek frekwencji tłumaczy się trwającym już wówczas kryzysem ekonomicznym. W roku 1932 w tychże samych 22 uzdrowiskach frekwencja kuracjuszy wynosiła już 109.313 osób, w roku 1933 bawiło w nich 113.332 osoby, zwiększenie się frekwencji jest tym ciekawsze, że pozornie wiele osób spędzało w tymże roku wakacje na wycieczkach morskich i lądowych zagranicznych. W roku 1934 frekwencja kuracjuszy w tych samych 22 uzdrowiskach spadła do 109.750 osób, ale za to w roku 1935 podniosła się aż do 123.203 kuracjuszy. Zwiększenie frekwencji w roku 1935 notowały wszystkie uzdrowiska. Pod względem liczebności na pierwsze miejsce wysunęło się Zakopane (48.858 osób nie licząc turystów), na drugie Krynica (31.712 osób), na trzecie Otwock (29.393 osób), na czwarte Rabka (20.371 osób), na piąte Truskawiec (15.860 osób), na szóste Ciechocinek (15.303 osób). Kąpieliska nadmorskie notowały w tymże roku następującą frekwencję kuracjuszy: Zbiorowa Gmina Hel — 12.972 osoby i Gdynia-Orłowo — 10.000 osób przybyłych na okres dłuższy niż 8 dni.

Dnia 28 grudnia 1936 roku wywiozła Polska po raz pierwszy morfinę do krajów północnych a alkaloidy te zostały wyprodukowane w kraju z krajowego surowca. Fakt ten ma doniosłe znaczenie, gdyż jeszcze kilka lat temu sprowadzaliśmy morfinę dla własnych potrzeb wyłącznie z zagranicy. Jest to wynik pięcioletniej cichej wytężonej pracy Polskiej Spółki Wytworów Chemicznych „Roche" S. A. w Warszawie, która w ten sposób przyczyniła się do niezależności gospodarczej Polski. W roku 1931 Polska Spółka Wytworów Chemicznych „Roche" S. A. w Warszawie wybudowała pierwszą w kraju wytwórnię przetworów opiumowych. Surowiec w postaci opium sprowadzano z Bliskiego Wschodu. Ale już w roku 1934 zastąpiono surowiec zagraniczny surowcem krajowym i opracowano własny sposób wyosobnienia morfiny ze słomy maku. Począwszy od roku 1935 jest możność pokrycia całkowitego zapotrzebowania kraju w morfinę, kodeinę i etylomorfinę, produkowane w kraju i z krajowego surowca z nadwyżką przeznaczoną na wywóz.

Świadczenia ubezpieczeń społecznych na terenie całego kraju (oprócz województwa śląskiego) za okres trzech kwartałów r. ub. przedstawiały się w liczbach następujących: Z tytułu ubezpieczenia emerytalnego robotników wypłacono 13,697.491 zł. Ilość wypłaconych w tym okresie rent i zaopatrzeń inwalidzkich, starczych, wdowich i sierocych wyniosła 75.531 zł. Z tytułu świadczeń emerytalnych pracowników umysłowych wypłacono 29,323.514 zł; renty i zaopatrzenia otrzymywało w tym czasie 27.226 pracowników umysłowych i członków ich rodzin. Świadczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek choroby wyniosły 54.978.680 zł, w tym zasiłki pieniężne 7.920.206 zł, opieka lekar-

ska 20,758.650 zł, środki lecznicze i pomocnicze 9,413.522 zł, szpitale i zakłady lecznicze 14,623.734 zł, zapobieganie i leczenie w innych zakładach ubezpieczeniowych 2,262.568 zł. Z tytułu świadczeń na wypadek braku pracy wypłacono w całym kraju bezrobotnym pracownikom umysłowym i robotnikom 30,313.318 zł, z tego Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłacił bezrobotnym pracownikom umysłowym 8,076.891 zł, a Fundusz Pracy bezrobotnym robotnikom 22,236.427 zł. Świadczenia ubezpieczenia od wypadków w zatrudnieniu wyniosły 34,269.359 zł; renty z tytułu tego ubezpieczenia otrzymywało 118.074 osób. Ogółem ilość rent wypłaconych z tytułu wszystkich rodzajów ubezpieczeń na dzień 1 października r. ub. wyniosła w całym kraju 220.831 zł (oprócz województwa śląskiego). Ogólna suma wydana na świadczenia ubezpieczeń społecznych w ciągu 3 kwartałów r. ub. wyniosła około 163,000.000 zł.

W wytycznych dla lekarzy rzeczoznawców w zakresie ubezpieczenia od wypadków i chorób zawodowych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych wyjaśnił, że za choroby zawodowe w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym uważa się następujące choroby, jeżeli powstały przez zatrudnienie zawodowe w poniższych przedsiębiorstwach, zakładach i gospodarstwach: 1) zachorowanie z powodu zatrucia ołowiem, jego związkami lub stopami — w przedsiębiorstwach i zakładach, w których zatrudnieni są wystawieni na działanie tych ciał; 2) zachorowanie z powodu zatrucia rtęcią, jej związkami i amalgamatami w przedsiębiorstwach i zakładach, w których zatrudnieni są wystawieni na działanie tych ciał; 3) zakażenie wąglikiem — w gospodarstwach rolnych, w przedsiębiorstwach i zakładach, w których zatrudnieni stykają się z chorymi zwierzętami lub zakażonymi przedmiotami. Ustawa o ubezpieczeniu społecznym nie podaje pojęcia choroby zawodowej, definicję ogólną zaś w tym względzie zawiera rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu. W myśl rozporządzenia choroby zawodowe są to choroby ostre lub przewlekłe, powstające wskutek wykonywania pewnego zawodu, z istoty danej pracy lub z powodu warunków, w jakich się ona odbywa.

Choroby zakaźne w Polsce w czasie od 15. XI. do 12. XII. 1936 roku:

Choroby	Tydzień 47 15 21/XI		Tydzień 48 22–28/XI		Tydzień 49 29/XI–5/XII		Tydzień 50 6–12.XII	
Ospa	—		—		—		—	
Dur brzuszny	326	*30*	325	*28*	220	*20*	257	*25*
Dury rzekome	—		—		—		—	
Dur plamisty	46	*1*	36	*3*	53	*5*	40	*2*
Dur powrotny	—		—		—		—	
Czerwonka	16	*2*	15	*1*	5		3	*4*
Płonica	578	*14*	515	*9*	480	*21*	491	*23*
Błonica	578	*31*	509	*15*	494	*51*	443	*32*
Nagm. zap. opon m.-rdz.	16	*3*	16	*5*	16	*3*	16	*9*
Odra	1277	*16*	1734	*14*	1542	*18*	1785	*17*
Krztusiec	229	*21*	202	*18*	250	*20*	211	*14*
Zimnica	1		1		—		—	
Zakażenie połogowe	30	*11*	26	*7*	31	*17*	29	*6*
Choroba Heine-Medina	2		5	*1*	4	*1*	1	
Nagm. zap. mózgu	—		—		—		—	
Choroba Banga	—		—		1		—	
Trąd	—		—		—		—	
Gruźlica	444	*186*	460	*178*	527	*234*	402	*167*
Róża	153	*6*	126	*11*	122	*4*	132	*8*
Jaglica	362		329		334		232	
Twardziel	1		—		—		—	
Wąglik		*1*	1		1		—	
Nosacizna	—		—		—		—	
Włośnica	1		—		—		2	
Wścieklizna		*1*	—			*1*		*1*

Liczby drukiem pochylonym oznaczają zgony.

Komunikaty.

Subwencje na badania raka i chorób wenerycznych. Polska Akademia Umiejętności rozda w kwietniu b. r., z funduszu ś. p. Pawła Tyszkowskiego subwencje na rok 1937 na badania przyrodnicze i lekarskie, przede wszystkim mające łączność z poznaniem istoty choroby raka i chorób wenerycznych lub ich leczeniem. Zgłaszający się o subwencje powinni wykazać, iż umieją pracować samodzielnie naukowo i dołączyć spis lub odbitki prac już drukowanych. W podaniu podany być musi temat i plan zamierzonej pracy oraz kwota potrzebna do jej wykonania. Pierwszeństwo mają prace o charakterze doświadczalnym. W bardzo wyjątkowych wypadkach może Komitet zezwolić na wykonywanie pracy subwencjonowanej za granicą, lecz subwencja nie może służyć na pokrycie kosztów podróży i utrzymania. Ubiegający się o subwencje mają wnosić podania do Polskiej Akademii Umiejętności do dnia 1 marca 1937. Subwencje mogą być przyznane tylko na podania bardzo silnie dotychczasowym dorobkiem naukowym petentów uzasadnione.

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego podaje do wiadomości następujące wnioski przyjęte przez XVI Zjazd Psychiatrów Polskich i Walne Zgromadzenie członków Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dnia 8. XII. 1936 r. w Chełmie. 1. Ze względu na stan nauki o dziedziczności w psychiatrii polskiej i potrzeby tej nauki, uznano za konieczne utworzenie Instytutu badania dziedziczności w psychiatrii. 2. Ze względu na konieczność należytej jednolitej opieki nad psychicznie chorymi oraz dalszego programowego rozwoju szpitalnictwa psychiatrycznego w Polsce, zdecydowano zwrócić się do Ministerstwa Opieki Społecznej z przedstawieniem potrzeby utworzenia Inspektoratu psychiatrycznego. 3. Postanowiono zwrócić się do Ministerstwa Opieki Społecznej z gorącą prośbą o bezzwłoczne zaopiekowanie się prawnymi podstawami bytu naszych szpitali psychiatrycznych, by im zapewnić minimum pewności egzystencji, której dziś nie posiadają. 4. Wejście w życie nowej ustawy o pielęgniarkach zniewala nasze zakłady psychiatryczne do usunięcia pewnej liczby doświadczonych sił pielęgniarskich i przyjęcie na ich miejsce absolwentów istniejących szkół pielęgniarskich; ponieważ szkoły te nie dają ich wychowankom dostatecznego przygotowania do pracy przy psychicznie chorych, XVI Zjazd Psychiatrów Polskich zwraca się do Ministerstwa Opieki Społecznej z prośbą o wydanie zarządzeń, mających na celu przygotowanie potrzebnej liczby odpowiednio wykwalifikowanych sił pielęgniarskich. 5. Celem uzgodnienia opinii polskiego świata psychiatrycznego w sprawie sterylizacji, jako środka zapobiegania w chorobach psychicznych postanowiono powołać komisję, która przedłoży swoje wnioski w tej sprawie na następnym XVII Zjeździe Psychiatrów Polskich.

W okresie od dnia 25 lutego do dnia 24 marca 1937 r. odbędzie się 4-tygodniowy kurs odmy sztucznej dla lekarzy, zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i z współudziałem Wydziału Lekarskiego U. J. P. Program Kursu uwzględni przede wszystkim studia praktyczne i 32 godziny wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki z gruźlicą. Każdy ze słuchaczów odbędzie praktykę w zakresie gruźlicy wewnętrznej w klinice, szpitalu i sanatorium oraz zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w poradniach przeciwgruźliczych oraz z techniką zakładania odmy. Podania na kurs należy nadsyłać do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Karowa 31 (gmach Polskiego Towarzystwa Higienicznego) najpóźniej do dnia 18 lutego 1937 r. Do podania należy dołączyć: 1) życiorys, 2) ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na kurs, 3) zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu kursu. Kandydaci zgłaszający się na kurs mogą ubiegać się o przyznanie stypendium w wysokości do 200 zł. Pierwszeństwo w przyjęciu na kurs oraz w uzyskaniu stypendium będą mieli lekarze już zatrudnieni w instytucjach przeciwgruźliczych.

Redakcja otrzymała:

M. Vogel: Biologisch-medizinisches Taschenbuch. Wyd. Hippokrates-Verlag. Stuttgart-Leipzig 1937. Cena: 3.80 RM.

J. Adamski: Zastosowanie nefelometru Molla do oceny antygenów dla odczynu Kahna. Nakł. Księg. i Druk. Katol. Katowice 1937.

Kalendarz bezpieczeństwa i higieny pracy. Wyd. Inst. Spraw. Społ. Warszawa, 1937.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.